

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE ENFERMERÍA

**Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad
de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que
asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional
"Dos de Mayo" : enero-febrero 2008**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Yulisa Rocío Molina García

Lima – Perú

2008

*A mis padres que son el motor de mi vida;
que con su esfuerzo y ejemplo, me han
guiado en todo momento de mi vida.*

*A mi padre, por darme su amor,
su ejemplo y sacrificio constante, y que
desde el cielo está siempre conmigo.*

*A mi madre, por darme su amor,
su fortaleza y dedicación para ser
cada día mejor.*

*A mis dos hermanos que siempre
están conmigo apoyándome.*

*A mi angelito Flavio Jesús,
y a mi sobrinito que está por venir.*

*A Dios por darme fortaleza
en todo momento de mi vida*

AGRADECIMIENTO

Expreso mi profundo reconocimiento a todas las personas que de una u otra manera han dado grandes y valiosos aportes para realizar ésta investigación.

Mi sincero agradecimiento:

- Mg Nancy Huamán Salazar, por su valiosa asesoría y sobre todo por su paciencia y motivación en el desarrollo de la investigación.
- A la doctora Rosa Pando Álvarez, por su apoyo y asesoría durante el desarrollo del presente estudio.
- A los doctores Hector Valdivia Carpio y Hugo Albañil Huamán Jefe del Servicio de Endocrinología y del Programa de Diabetes, por sus valiosas sugerencias y orientación en el presente estudio.
- A la Lic. Juana Durand Barreto, por su apoyo y aportes a ésta investigación.
- A todos los pacientes del Programa de Diabetes que participaron en el estudio.
- A todas y cada una de las personas que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo de ésta investigación.

ÍNDICE

	Pág.
Agradecimiento	i
Dedicatoria	ii
Índice General	iv
Índice de Gráficos	vi
Resumen	viii
Abstract	x
Presentación	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.-Planteamiento y Origen del Problema	1
2.-Formulación del Problema	4
3.- Justificación	5
4.-Objetivos	6
5.-Propósito	7
6.-Marco Teórico	
6.1.-Antecedentes de la Investigación	7
6.2.- Base Teórica conceptual:	11
6.2.1.- Calidad de Vida	12
6.2.1.1.- Calidad de Vida Relacionada con la Salud	14
6.2.1.2.- Calidad de Vida del paciente diabético	15
6.2.2.- Adherencia al Tratamiento	16
6.2.3.- Diabetes Mellitus	18
6.2.4.- Programa Nacional de Prevención y Control de Diabetes	28
6.3.- Variables	31
6.4.- Hipótesis	31
6.5.- Definición Operacional de Términos	31

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

2.1.-Tipo, Nivel de investigación	33
2.2.-Área de Estudio	33
2.3.- Población y Muestra	34
2.4.- Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	35
2.5.- Confiabilidad y Validez	36
2.6.- Plan de Recolección de Datos	36
2.7.- Plan de y Procesamiento Análisis e Interpretación	37
2.8.- Consideraciones Éticas	38

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1.- Datos Generales	39
3.2.- Datos Específicos	42

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

4.1.- Conclusiones	58
4.2.- Recomendaciones	58
4.3.- Limitaciones	59
Referencia Bibliográfica	60
Bibliografía	63
Índice de Anexos	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1.	RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” .ENERO-FEBRERO 2008 LIMA-PERÚ.	43
2.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”.ENERO-FEBRERO 2008 LIMA-PERÚ.	44
3.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, SEGÚN LA DIMENSIÓN CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO - PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”. ENERO-FEBRERO 2008 LIMA-PERÚ.	47
4.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, SEGÚN LA DIMENSIÓN DEPENDIENTE DEL PACIENTE - PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ.	49

5.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, SEGÚN LA DIMENSIÓN RELACIONES INTERPERSONALES CON EL EQUIPO DE SALUD - PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”. ENERO - FEBRERO 2008 LIMA -PERÚ.	51
6.	CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”. ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ.	52

ÍNDICE DE ANEXOS

Nº	Pág.
A. INSTRUMENTO: CUESTIONARIO	i
B. CONSENTIMIENTO INFORMADO	ix
C. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	x
D. PRUEBA BINOMIAL - JUICIO DE EXPERTOS	xiii
E. DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA	xiv
F. ESCALA DE ESTANONES	xv
G. PRUEBA DEL CHI CUADRADO	xvii
H. LIBRO DE CÓDIGOS	xx
I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	xxi
J. EDAD SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” .ENERO-FEBRERO 2008.LIMA-PERÚ.	xxiv

k.	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” ENERO-FEBRERO 2008	xxiv
L.	TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” ENERO-FEBRERO 2008 LIMA-PERÚ	xxv
M.	VALORES DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ.	xxv
N.	VALORES DE LA GLICEMIA CAPILAR SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”. ENERO-FEBRERO 2008.	xxvi
O.	INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ	xxvi

P.	COBERTURA DE GASTOS DEL TRATAMIENTO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” ENERO-FEBRERO 2008	xxvii
Q.	NÚMERO DE PACIENTES DIABÉTICOS QUE REALIZAN EJERCICIOS EN UN MES - PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ	xxvii
R.	TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE RECIBEN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” ENERO-FEBRERO 2008.LIMA-PERÚ.	xxviii
S.	FRECUENCIA CON QUE LOS PACIENTES DIABÉTICOS HAN DEJADO DE ADMINISTRARSE SU MEDICACIÓN EN EL PERÍODO DE UNA SEMANA - PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”. ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ.	xxviii
T.	INTENSIDAD DE ESFUERZO QUE CUESTA CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO QUE RECIBEN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 - PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ	xxix

U.	TIPO DE ALIMENTOS QUE CONSUME CON MAYOR FRECUENCIA EN UNA SEMANA LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”. ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ	xxix
V.	RELACIÓN INTERPERSONAL CON CADA PROFESIONAL DE LA SALUD QUE BRINDA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ	xxx
W.	PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN DIMENSIÓN ENERGÍA – MOVILIDAD QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”. ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ	xxxi
X.	PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN DIMENSIÓN CONTROL DE LA DIABETES – PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”. ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ	xxxii
Y.	PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN DIMENSIÓN ANSIEDAD Y PREOCUPACIÓN-PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”. ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ	xxxiii

Z.	PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN DIMENSIÓN CARGA SOCIAL- PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”. ENERO- FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ	xxxiv
Z-2.	PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN DIMENSIÓN FUNCIONAMIENTO SEXUAL-PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”. ENERO-FEBRERO 2008. LIMA-PERÚ	xxxv

PRESENTACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 el mundo contaba con 171 millones de personas diabéticas y se espera que para el año 2030, la suma se incremente a 366 millones⁽¹⁾. En el Perú según el Ministerio de Salud la Diabetes Mellitus ha cobrado la vida de 1,836 peruanos en el año 2000, siendo la décimo tercera causa de mortalidad en el país⁽¹⁾; como enfermedad crónica degenerativa constituye un problema de salud pública, debido al riesgo a incrementar la tasa de mortalidad, sea por sus complicaciones (neuropatía, nefropatía, ulceraciones, amputaciones de los miembros, entre otros), y/o por el aumento del riesgo coronario y cerebrovascular a consecuencia de un acelerado proceso de aterosclerosis. Así también la falta de adherencia al tratamiento es un problema sumamente relevante en enfermedades crónicas como la diabetes, porque va a conllevar a altos costos para el paciente y la sociedad, debido a las secuelas físicas producidas por complicaciones agudas y/o crónicas, así como costos de rehabilitación, pérdida de productividad, entre otros⁽⁸⁾.

Todo esto genera una serie de cambios en la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad; cambios como los estilos de vida, cambios a nivel físico, económico, psicológico, social, entre otros, y que tienen que ser afrontados por el paciente diabético a fin de controlar los factores que pueden desencadenar en complicaciones y retardar el proceso de recuperación. El Hospital Nacional Dos de Mayo brinda atención a los pacientes diabéticos a través del Programa de Diabetes, el

cual tiene como objetivo principal brindar una atención integral, mejorando las estrategias de educación preventiva y organización de los pacientes y sus familias, de manera que contribuyan efectivamente a atenuar los efectos de la enfermedad ⁽²⁸⁾.

El presente estudio titulado: “Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”.2008, tiene como objetivo principal: Determinar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de estos pacientes, el propósito es de proporcionar información actualizada a todo el equipo de salud que labora en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, identificando las dimensiones de la adherencia al tratamiento que puedan determinar la calidad de vida del paciente diabético, a fin de promover nuevos planes de atención al paciente y familia.

Consta de cuatro capítulos de los cuales el Capítulo I: Introducción, comprende el Planteamiento y delimitación del problema, Formulación del problema, Justificación, Objetivos, Propósito y Marco teórico, incluye Antecedentes del estudio, Base teórica, Hipótesis y Definición operacional de términos; Capítulo II: Material y Método, presenta el Tipo y nivel de investigación, Descripción del área de estudio, Población y muestra, Técnica e instrumento de recolección de datos, Confiabilidad y validez, Plan de recolección de datos, Procesamiento, análisis e interpretación y Consideraciones éticas; Capítulo III: Resultados y Discusión; Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y limitaciones. Por último se presenta las Referencias bibliográficas, Bibliografía y los Anexos.

RESUMEN

En el Perú según el Ministerio de Salud la Diabetes Mellitus ha cobrado la vida de 1836 peruanos en el año 2000, siendo ésta enfermedad la décimo tercera causa de mortalidad en el país ⁽¹⁾. En el año 2005, 18,968 peruanos con Diabetes Mellitus Tipo 2 recibían tratamiento en los diferentes hospitales del país.

El presente estudio titulado: “Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo” Enero-Febrero 2008, se realizó con el propósito de proporcionar información actualizada sobre el cumplimiento del tratamiento que tienen los pacientes, e identificar de qué manera interviene en su calidad de vida; de ésta forma orientar las intervenciones que mejoren la situación haciendo énfasis en el nivel de prevención secundaria (modificación de conductas inapropiadas) y terciaria (disminuir las consecuencias de la enfermedad como la repercusión en otros órganos) de los pacientes diabéticos.

El objetivo general del estudio fue: Determinar la Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida del paciente diabético; el tipo de estudio es cuantitativo, de método descriptivo-correlacional, la muestra estuvo conformada por 132 pacientes que asistieron al programa

de diabetes, el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista.

Los resultados del estudio fueron: El 68.9%(91) de la población encuestada presentó una regular adherencia al tratamiento; el 79.5%(105) presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística $P=0.01<0.05$ entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”; las conclusiones que se obtuvieron en el estudio fueron: Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentaron una regular adherencia al tratamiento, una regular calidad de vida y se obtuvo una relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida.

Palabras Claves: Adherencia al Tratamiento, Calidad de vida, Diabetes Mellitus Tipo 2.

ABSTRACT

In Perú, according to the Ministry of Health, Diabetes Mellitus has been the cause of 1836 deaths of peruvian people in the year 2000, where this disease is the thirteenth cause of death in the country (1). In 2005, 18,968 peruvians with Type 2 Diabetes Mellitus received treatment in many hospitals of the country.

This study entitled "Adherence to the treatment and their relationship with the quality of life of patients with type 2 Diabetes Mellitus who attend the Diabetes program of the Dos De Mayo National Hospital" January-February 2008, was conducted with the purpose of providing updated information about the compliance of the treatment that patients have, as well as identify the way in which this is related to their quality of life, so this way conduct the interventions to improve the situation and make an important contribution at the level of secondary (changing inappropriate behaviors) and tertiary (decrease the consequences of the disease as the impact on other organs) prevention of the diabetic patients.

The overall objective of the study is: to determine the adherence to the treatment and their relationship with the quality of life of the diabetic patient, the type of the study is quantitative, correlational descriptive method, the sample was composed of 132 patients attending the diabetes program, the data collection instrument was the questionnaire and the applied technique was the interview.

The results of the study were: 68.9% (91) of the surveyed population presented a regular average adherence to treatment; 79.5% (105) presented a regular quality of life and found a statistical = 0.01 $P < 0.05$ between the adherence to treatment and the quality of life of diabetic patients attending the Diabetes Program of the "Dos de Mayo" National Hospital, the conclusions obtained in the study were: Patients with Type 2 Diabetes Mellitus have a regular adherence to treatment, a regular quality of life and there was a significant relationship between the adherence to treatment and quality of life.

Key Words: Adherence to Treatment, Quality of Life, Type 2 Diabetes Mellitus.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.-PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 el mundo contaba con 171 millones de personas diabéticas y se espera que para el año 2030, la suma se incremente a 366 millones ⁽¹⁾. Prueba de ello es que en Estados Unidos, se diagnostican anualmente 800, 000 nuevos casos siendo frecuente en ancianos, pues más del 50% de las personas mayores de 65 años padece algún grado de intolerancia a la glucosa ⁽²⁾. En América Latina y el Caribe se estima que 19 millones de personas padecen de Diabetes y que para el año 2025 esta cifra ascenderá a 40 millones ⁽³⁾.

En el Perú según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 había 754 mil peruanos diabéticos presumiéndose que para el año 2030 la cifra llegará a 1'961,000 personas con dicha enfermedad. La prevalencia en el Perú es del 1 al 8% de la población general, encontrándose Piura y Lima como los departamentos más afectados (2.5%) ⁽¹⁾.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa caracterizada por la deficiencia en la secreción y/o acción de la hormona

insulina ⁽³⁾. Considerando que los factores que contribuyen a la hiperglicemia pueden comprender una disminución de la secreción de insulina, una disminución del consumo de glucosa y un aumento de la producción de glucosa ⁽⁴⁾. Además está relacionada a un incremento del riesgo de muerte prematura, debido a que está asociada a un mayor riesgo de enfermar de algún tipo de afección cardiovascular, padecer ceguera, insuficiencia renal y/o amputación de miembros inferiores entre otros. La diabetes se clasifica en dos tipos principales: el tipo 1, que aparece con mayor frecuencia durante la infancia o la adolescencia, y el tipo 2, que está relacionada con la obesidad y la inactividad física. Ésta última representa el 90% de todos los casos de diabetes y aparece generalmente después de los 40 años ⁽³⁾.

En el Hospital Nacional Dos de Mayo en el Programa de Diabetes se atienden cerca de 35 pacientes diariamente, teniendo registrados a unos 400 pacientes que asisten regularmente al programa, de ellos el 99.75% son pacientes con diabetes mellitus tipo 2, dicho programa está a cargo de un equipo multidisciplinario, donde el profesional de enfermería cumple diariamente una importante labor en la educación y promoción de estilos de vida saludables, educación permanente para el cumplimiento del tratamiento, así también identifica complicaciones presentes que son derivadas a los especialistas para una atención oportuna.

Sin embargo, los pacientes diabéticos manifiestan tener ciertos temores a las complicaciones que puedan presentarse con el tiempo, como por ejemplo el pie diabético y la pérdida de visión; refieren sentirse mucho más débiles que al inicio del diagnóstico de su enfermedad; así también como refirió una paciente: "Al comienzo me dio vergüenza,... pero después que fui conociendo la enfermedad, lo fui superando". Según la

OMS la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes; está influenciado por la salud física, estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno ⁽⁵⁾.

Al realizar la práctica clínica en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, llamó mucho mi atención, que al evaluar la glucosa en ayunas se encontraban valores hasta de 430mg/dl, y cuando se les preguntaba de su alimentación contestaban de manera muy general lo que comían, algunos referían: “No como grasa, ni dulces... de vez en cuando como mis chocolates y mi chicharrón”; en otros casos se encontraba valores de presión arterial de 140/70 mmhg. También se observó a una paciente anciana que no podía caminar bien y para ello utilizaba un bastón de apoyo; fue referida rápidamente a consultorio porque se le encontró niveles de glucosa mayores de 500mg/dl, con aliento cetonémico (olor a manzana), sollozando manifestaba tener siete hijos, y ninguno de ellos le daban para su alimentación y mucho menos para su insulina, sólo el esposo de su hija con quien ella vive se preocupaba por su salud. Por otro lado, el caso de una paciente que se fue de paseo a la selva y que al control de su peso había aumentado unos 7 kilos, refiriendo: “aquí en Lima voy a bajar de peso y a controlar mi glucosa que está aumentada”.

El paciente diabético se ve afectado grandemente, debido a los cambios que produce la enfermedad por lo que el tratamiento varía de acuerdo al estilo de vida, al estado físico y emocional, así como por avances en los métodos de tratamiento. Esto implica evaluación constante y modificación de los planes de tratamiento por profesionales de

la salud y ajustes diarios por el paciente. Si bien el equipo de salud dirige el tratamiento, es el paciente quien debe poner en práctica un complejo régimen terapéutico que determinará su grado de adherencia al tratamiento; considerando que la adhesión al tratamiento determina su eficiencia y mejora la calidad de vida de las personas. De ahí la necesidad que en el tratamiento de pacientes con diabetes sea incluido el concepto de calidad de vida, pues no sólo la cura y la supervivencia de los pacientes son importantes, sino también la calidad de vida y la adherencia al tratamiento, el cual sumado al problema físico el paciente debe tener herramientas psicológicas que le permita afrontar la enfermedad con un mejor soporte emocional buscando aliviar la ansiedad, depresión, entre otros.

Estudios realizados en México llegaron a la conclusión que del grupo de pacientes estudiados una mayor cantidad de ellos presentaban obesidad, niveles altos de glicemia; y que ante ello mostraban un pobre control de su enfermedad y una moderada afección de su calidad de vida; donde la dimensión más adversamente afectada fue la satisfacción con el tratamiento, seguida de la preocupación por los efectos del futuro y el impacto de la enfermedad ⁽⁶⁾.

Frente a lo expuesto surgieron algunas interrogantes: ¿será que al paciente diabético y familia les falta concientización sobre su enfermedad, alimentación y cuidado en general?, ¿el paciente diabético tiene control de su enfermedad?, ¿existe adherencia al tratamiento por parte del paciente diabético? ¿Cuál es la calidad de vida del paciente diabético?.

2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se ha formulado el siguiente problema:

¿Cuál es la adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”. Enero-Febrero 2008?

3.- JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus representa un grave problema de salud pública, alrededor del 7% de la población peruana sufre de diabetes ⁽⁷⁾ siendo una de las enfermedades más comunes de nuestros tiempos, producida principalmente por los malos hábitos alimenticios adoptados por la población. Debido a las repercusiones personales, económicas y sanitarias que genera, y a las propias complicaciones degenerativas asociadas, es responsable de un alto porcentaje de muertes en nuestro país. Esta enfermedad no se puede curar, pero sí controlar y reducir las complicaciones degenerativas a largo plazo.

En los últimos años se ha prestado una atención especial a la adherencia al tratamiento en el control de la diabetes, teniendo en cuenta qué interfiere y qué la favorece ⁽⁸⁾. La falta de adherencia al tratamiento, es decir, el no cumplimiento por parte del paciente de las recomendaciones dadas, por el olvido, o por la falta de entendimiento del régimen terapéutico sugerido por el personal de salud entre otros, es un problema sumamente relevante en enfermedades crónicas como la diabetes, ya que va a conllevar a altos costos para el paciente y la sociedad, debido a las secuelas físicas producidas por complicaciones agudas y/o crónicas, así como costos de rehabilitación, pérdida de productividad entre otros ⁽⁸⁾. El tratamiento que recibe el paciente diabético es con frecuencia, complejo, costoso y difícil de seguir por sus efectos

secundarios, y molestosos que modifican la calidad de vida de quienes la padecen; alterando su funcionamiento físico y biopsicosocial del individuo.

El estudio es relevante en este campo de la salud, porque el equipo multidisciplinario trabaja coordinadamente y la enfermera cumple una importante labor de liderazgo en la educación diabetológica sobre los cuidados que debe practicar el paciente para mejorar su calidad de vida.

4.- OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

Objetivo General:

- Determinar la adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo” 2008.

Objetivos Específicos:

- Identificar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo según las Dimensiones: Dependientes del paciente, Dependiente del tratamiento y Dependiente de las relaciones interpersonales con el personal de salud.
- Identificar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- Analizar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo.

5.-PROPÓSITO

Los resultados del estudio, permitirá proporcionar información actualizada sobre este problema de salud pública, así mismo ser empleado como referencia para otras poblaciones con características similares, a fin de promover nuevos planes de atención al paciente y familia, haciendo énfasis en la atención holística que brinda el equipo multidisciplinario.

6.- MARCO TEÓRICO.-

6.1.- Antecedentes del estudio:

Sobre el problema a investigar, existen estudios de investigación relacionados, los cuales fueron realizados tanto en el Perú como en el extranjero.

Hidalgo Carpio Eva en el año 2005 en Lima, realizó un estudio titulado “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Octubre- Diciembre 2005.”; el objetivo fue identificar las medidas de autocuidado que refieren realizar los pacientes diabéticos, así como

los factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento. El método fue descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 100 pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, la técnica aplicada fue la entrevista con el instrumento, el cuestionario. Las conclusiones del presente estudio fueron:

“La mayoría de los pacientes diabéticos realizan las medidas de autocuidado, tales como alimentación, consumiendo diariamente verduras y frutas e interdiariamente carnes y harinas. Asimismo la mayoría realiza el cuidado de sus pies y ejercicios, siendo frecuente las caminatas; respecto al cuidado de la vista, la mayoría visita al oftalmólogo para diagnosticar precozmente complicaciones. Entre los factores socioculturales que limitan el cumplimiento del autocuidado se encuentran: el factor económico, la enfermedad y ocupación; encontrándose con mayor incidencia el factor económico. Entre los factores socioculturales que favorecen se encuentra el apoyo familia, por cuanto la familia cumple un rol importante apoyando al paciente diabético en su autocuidado; y factores personales que es caracterizado por la responsabilidad que muestran los pacientes en participar de su autocuidado debido a que conocen las medidas que deben realizar”⁽⁹⁾.

El estudio mencionado permite conocer que existe cierto grado de cumplimiento al tratamiento por parte de los pacientes diabéticos. Sin embargo es importante evidenciar los factores estresantes que puedan influenciar en la calidad de vida.

Quiroz Aliaga Cristina, en el año 2003 en Lima, realizó un estudio de investigación sobre “Calidad de vida en pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 en el Instituto Especializado de Salud del Niño. 2003”, el cual tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo exploratorio, la muestra estuvo conformada por 27 pacientes que fueron evaluados a través del cuestionario Coop- Darthnouth, el cual se validó en México en 1996, cuya

población es semejante a la nuestra aplicado a niños y adolescentes. Las conclusiones a las que se llegó en el estudio fueron:

“Al aplicar el cuestionario de calidad de vida se obtuvo que la calificación global obtenida de los pacientes diabéticos tipo 1 fue la siguientes: Muy buena 37.3% (10), buena 59.3% (16), regular 3.7% (1) y mala calidad de vida 0% (0) ⁽¹⁰⁾.

En este estudio se permite conocer que existen instrumentos validados y confiables que han sido aplicados para evaluar la calidad de vida de pacientes diabéticos en el Perú.

Juan Manuel López y Colb. en el año 2006, en México realizaron un estudio sobre “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2”, el cual tuvo como objetivo: Adaptar y validar la versión al español del cuestionario Diabetes 39, que mide calidad de vida, en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2 (DM-2). El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 260 pacientes con DM-2. La técnica fue la evaluación y/o resultados de análisis de sangre, los instrumentos; el cuestionario y la hoja de registros. Las conclusiones fueron, entre otras:

“La versión adaptada en idioma español del Diabetes 39 es un instrumento válido y confiable para medir la calidad de vida en los pacientes mexicanos con DM-2”⁽¹¹⁾.

Permite conocer que el cuestionario de valoración de calidad de vida “Diabetes 39”, puede ser aplicable a nuestro país debido a la realidad

sociodemográfica similar que existe entre ambos países, a su vez nos permite evitar sesgos subjetivos por parte del investigador.

Alfonso Villalobos Pérez y Col. en Costa Rica en el año 2006 realizaron un estudio titulado “Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-Versión III (EATDM-III); con el objetivo de medir algunos factores psicológicos y socioambientales vinculados con el tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2, a través de pruebas psicométricas. El método de estudio fue de tipo correlacional, ya que se buscaba estudiar las relaciones internas de las variables que componen la Escala de Adherencia al Tratamiento y el comportamiento psicométrico de la escala en su totalidad, la muestra estuvo conformada por 104 personas, el instrumento aplicado fue el cuestionario. Las conclusiones del presente estudio fueron:

“La escala EATDM-III muestra ser un instrumento útil para el estudio de la adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Los coeficientes de correlación entre factores permitieron detectar la relación que existe entre los diversos aspectos vinculados a la adherencia al tratamiento. Los factores de la organización y apoyo comunal, el ejercicio físico y la valoración de la condición física se encontraron por de bajo de lo esperado. La relación entre los eventos conductuales vinculados a los controles médicos de la enfermedad, el seguimiento de las dietas, la autovaloración de la condición física y el ejercicio fueron en general bajos e inconsistentes entre sí”.⁽¹²⁾

Los estudios realizados a nivel internacional sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes, muestra ciertas escalas de medición que a través del tiempo y de las investigaciones permiten medir adecuadamente la adherencia al tratamiento y que por sus múltiples conductas a evaluarse resulta complejo.

6.2.- Base teórica conceptual

6.2.1.- CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO

La evaluación de la calidad de vida se remonta desde los años de 1947, Karnofsky y Burchenal introdujeron estos aspectos en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. Pero no fue sino hasta 1952, y después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera el concepto de calidad de vida, que algunos investigadores clínicos se plantearon en considerar como una medida a tener en cuenta, ya que representa el resultado final de una actuación médica desde la importante visión de su protagonista, el propio paciente ⁽¹³⁾.

Campbell en 1976, definió la calidad de vida como: “un concepto vago y etéreo, algo de lo que mucha gente habla, pero que nadie sabe claramente lo que en realidad significa” ⁽¹³⁾. A pesar de ello, se empezó a valorar como conveniente la impresión subjetiva de los pacientes sobre su propio estado de salud, medida con instrumentos (cuestionarios) previa validación a cargo de investigadores expertos en el tema.

Desde entonces, estos temas han adquirido un importante papel, lo que se evidencia a través de:

1. El desarrollo y la publicación de numerosos cuestionarios para medir calidad de vida.
2. La publicación de muchos artículos en que estos cuestionarios se utilizan como un parámetro objetivo de evaluación.

3. La creación de sociedades científicas interesadas específicamente en este tema (Internacional Society for Quality of Life Research) ⁽¹³⁾.

En 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (d)⁽¹⁴⁾.

6.2.1.1.-Calidad de vida

Calidad de vida es la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren ⁽¹¹⁾. Está relacionada con condiciones de vida, con aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida, aspectos económicos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo

por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" ⁽⁵⁾.

Según Gaspar: "La calidad de vida es el grado de adaptación del individuo a su propia condición y a su medio, en función de su estado de salud, de sus carencias y del soporte que recibe para suplir esas carencias" ⁽¹⁴⁾.

Dimensiones de la Calidad de Vida

Las dimensiones permiten definir de modo operativo el concepto de calidad de vida. En general, cuando hablamos de calidad de vida en pacientes diabéticos y del funcionamiento social del sujeto, están relacionados con los síntomas de la enfermedad y/o tratamiento, la mayoría de expertos en este campo ven a la calidad de vida como una estructura multidimensional que incluye varias dimensiones claves, estas son:

a) Dimensión física

Es la percepción del estado físico, de la capacidad de realizar las actividades cotidianas, lograr un buen físico (por ejemplo pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal) mantener una nutrición adecuada y una cantidad apropiada de grasa corporal, comprende también los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento.

b) Dimensión psicológica

Es la percepción que tiene el individuo de su estado cognitivo y afectivo; es la capacidad de controlar el estrés y expresar las emociones

apropiadamente. Este bienestar emocional implica la capacidad de reconocer, aceptar y expresar los sentimientos, y de aceptar las propias limitaciones ⁽¹⁵⁾.

c) Dimensión social

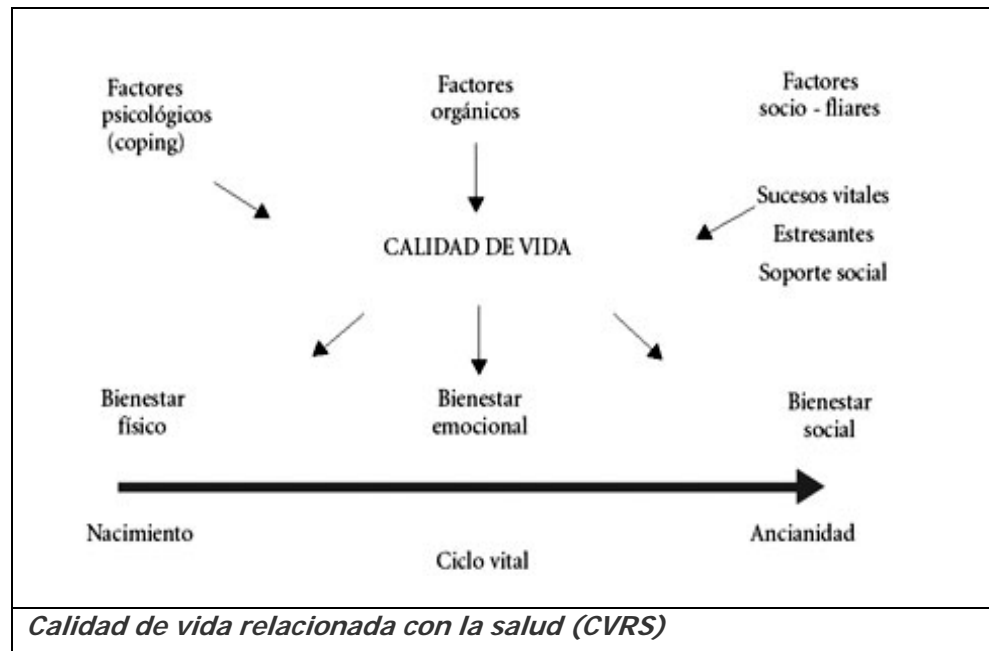
Es la percepción que tiene el individuo de su interacción con otras personas, se incluye el soporte social percibido, funcionamiento familiar, desempeño laboral, funcionamiento en la intimidad (sexualidad). Ganz, P en el año 1995, toma en cuenta las áreas en mención y así mismo señala que se pueden tener en consideración para la evaluación de la calidad de vida, otros aspectos como preocupaciones espirituales o existenciales y la satisfacción con la asistencia de salud como por ejemplo la relación personal-paciente ⁽¹⁶⁾.

6.2.1.2.- Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción de su bienestar. Patrick y Erickson (1993) la definen como: “ la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud” ⁽¹⁷⁾.

El propósito fundamental de la utilización y medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles

beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica ⁽¹¹⁾. A continuación la representación de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS).



Fuente: Aspectos Conceptuales de Calidad de Vida Relacionada con la Salud
(Schwartzmann Laura)

6.2.1.3.- Calidad de Vida del paciente diabético

Es la valoración subjetiva que el paciente diabético hace de su vida en relación con su estado de salud, compuesta por el bienestar físico considerado como la capacidad de realizar las actividades cotidianas; el bienestar psicológico considerado como la capacidad para controlar el estrés y expresar las emociones apropiadamente; y por último el bienestar social considerado como la capacidad de relacionarse con éxito con las personas y con el entorno del que cada persona forma parte⁽¹⁵⁾.

Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Los pacientes diabéticos no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad como la hipoglicemia, hiperglicemia, pie diabético, retinopatía, entre otros. Este impacto se expresa como “calidad de vida” ⁽¹⁸⁾.

6.2.2.- AHERENCIA AL TRATAMIENTO

Está definida como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas en una comunidad determinada ⁽¹⁹⁾. Definida también como el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológica-conductual ⁽²⁰⁾.

Las consecuencias de la falta de cumplimiento son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis más altas y, en algunos casos a la prescripción de medicamentos más fuertes. Desde la perspectiva psicosocial, fundamentalmente tres teorías han sido utilizadas como aproximaciones explicativas del fenómeno ⁽²¹⁾:

El modelo de las Creencias sobre la Salud (MCS) (Becker y Rosenstok 1984) según el cual las creencias del paciente sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad, la percepción de beneficios y barreras, la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud,

constituyen aspectos asociados a conductas saludables, entre ellos, la adherencia.

La teoría de la Acción Razonada (TAR) (Ajzen y Fishbein 1980) es un modelo conductual teórico que ha sido probado exitosamente para predecir una variedad de conductas relacionadas con la salud. Se presume que el mejor predictor de una conducta dada es la intención a ejecutarla. Las actitudes hacia la ejecución de la conducta dependen de las creencias del individuo de que ciertas consecuencias ocurrirán como resultado de la acción, y de la evaluación de dichas consecuencias.

Teoría de la auto-eficacia (Bandura 1997) se refiere a las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados. Es decir, es la creencia que se pueden producir los efectos esperados mediante las propias acciones.

Dimensiones de la Adherencia

Las dimensiones que nos permiten definir el fenómeno de la adherencia, están constituidas de la siguiente manera: Dimensión dependiente del paciente, dependiente de las relaciones interpersonales entre paciente y personal de salud y dependientes del tratamiento que recibe el paciente diabético ⁽¹⁹⁾.

a) Dependientes del paciente

Se refiere a que es el paciente quien decidirá aceptar y/o cumplir con el tratamiento establecido, considerando que existe influencia del nivel socio-económico, cultural, estadio de la enfermedad, así como las

actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial.

b) Relación Paciente-Personal de Salud

La relación terapéutica paciente y personal de salud permite establecer la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad, buen trato, entre otros, que son factores que influyen favorablemente en la adherencia al tratamiento; lo que va a permitir que el paciente pueda expresar sus temores, sus dudas, sus dificultades con respecto al tratamiento y el progreso de su enfermedad, de ahí que, tanto el personal de salud como el propio paciente busquen estrategias para solucionar dichos problemas.

c) Características del tratamiento

El tratamiento de la diabetes es considerado por muchos autores, como complejo, y difícil de cumplir por el paciente, debido a los cambios en los estilos de vida (alimentación, sedentarismo), en la administración de medicamentos generalmente de forma diaria, en la presencia de reacciones adversas al medicamento entre otros.

Está demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye cuando aumenta el número de fármacos y su frecuencia de administración, la aparición de efectos adversos, la duración prolongada del tratamiento; en el caso del paciente diabético el aspecto más difícil de controlar es el régimen alimentario.

6.2.3.- DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus o sacarina es un trastorno crónico grave que

se caracteriza por anormalidades en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, su denominador común es la intolerancia a la glucosa o la hiperglucemia. Generalmente en el paciente diabético su organismo no produce o no reacciona a la insulina, hormona producida por las células beta del páncreas, que es necesaria para el uso o almacenamiento de sustancias energéticas corporales. Sin insulina eficaz surge hiperglucemia que puede ocasionar complicaciones a corto y largo plazo de la enfermedad ⁽²⁾.

Esta enfermedad crónica se caracteriza por presentar dos glicemias en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl; glicemias al azar o dos horas post carga de glucosa mayor o igual a 200 mg/dl ⁽²²⁾. Entre sus principales manifestaciones clínicas se encuentran la micción excesiva (poliuria), aumento de la sed (polidipsia) y aumento del apetito (polifagia).

Los valores normales de glicemia plasmática en ayunas varían de 70 -110 mg/dl (determinación por método enzimático). Los valores de sangre venosa total (sin centrifugar) o capilar en ayunas son unos 10 % más bajos que los del plasma (60-100 mg/dl); al azar o durante una tolerancia a la glucosa los valores son semejantes ⁽²³⁾.

Diabetes Mellitus Tipo I

Se caracteriza por la destrucción de las células beta del páncreas. Se considera que una combinación de factores genéticos, inmunitarios y posiblemente ambientales (virales) contribuye a la destrucción de dichas células. Las personas no heredan la diabetes tipo I en sí, más bien heredan una predisposición genética, o tendencia al desarrollo de ésta clase de diabetes ⁽²⁾.

Diabetes Mellitus Tipo II

Este tipo de diabetes representa el 95 % de la diabetes mellitus, los dos principales problemas que se presentan son resistencia insulina y alteraciones de la secreción de insulina. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad por parte de los tejidos hacia la insulina. En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa. En este tipo de diabetes, tales reacciones intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por el hígado ⁽²⁾.

6.2.3.1.-Complicaciones agudas de la diabetes:

❖ Cetoacidosis Diabética

Se produce por una deficiencia absoluta o relativa de la actividad de la insulina, que desencadena en una serie de eventos metabólicos. Los factores desencadenantes más frecuentes son las infecciones, abandono del tratamiento con insulina o hipoglicemiantes orales, discreciones alimenticias, situaciones de emergencia, estrés (intervenciones quirúrgicas, traumatismos, eventos cardiovasculares), trastornos psiquiátricos, alergia insulínica ⁽²⁴⁾.

Las manifestaciones clínicas más importantes son: la poliuria, polidipsia, anorexia, compromiso de la conciencia de grado variable, deshidratación, polipnea, respiración acidótica con aliento cetonémico (olor de manzana), astenia, postración progresiva, hipotensión arterial, taquicardia.

❖ **Síndrome Hiperglucémico Hiperosmolar No Cetósico**

Es un trastorno grave que se presenta cuando predominan la hiperosmolaridad e hiperglucemia con alteraciones sensoriales. Al mismo tiempo, la cetosis es mínima o inexistente. El defecto bioquímico básico es la falta de insulina eficaz (es decir, resistencia a la insulina). La hiperglucemia persistente causa diuresis osmótica que conduce a pérdida de agua y electrolitos. Para mantener el equilibrio osmótico hay intercambio de agua del espacio intracelular al extracelular. Con la glucosuria y la deshidratación hay hipernatremia y aumento de la osmolaridad

El cuadro clínico es de hipotensión, deshidratación intensa (sequedad de mucosas, turgencia deficiente de la piel), taquicardia y signos neurológicos variables (como alteración sensorial, convulsiones, hemiparesia) ⁽²⁾.

❖ **Hipoglucemia**

La hipoglucemia (niveles bajos de glucosa) se presenta cuando los niveles de glucosa en sangre son menores de 50 a 60 mg/100ml. Puede ser causada por demasiada insulina o agentes hipoglucemiantes orales, falta de alimento o actividad física exagerada. La hipoglucemia llega a presentarse en cualquier momento del día o la noche, por lo regular antes de los alimentos, en especial si éstos se retrasan ⁽²⁾.

Las manifestaciones clínicas de hipoglucemia se agrupan en dos categorías, síntomas adrenérgicos y síntomas de sistema nervioso central. En la hipoglucemia leve se presenta diaforesis, temblores, taquicardia, palpitaciones, nerviosismo y hambre. En la hipoglicemia moderada, la

disminución de la glucemia impide que las células cerebrales reciban las sustancias indispensables para su funcionamiento. Los signos de disfunción del sistema nervioso central incluyen incapacidad para concentrarse, cefalea, mareos, confusión, lagunas mentales, entumecimiento de los labios y la lengua, habla balbuceante, coordinación deficiente, cambios emocionales, conducta irracional o combativa, visión doble y somnolencia. En la hipoglucemia grave, los síntomas son desorientación, convulsiones, dificultad para despertarse o pérdida de la conciencia ⁽²⁾.

Complicaciones Crónicas. Enfermedad Microvascular

❖ Retinopatía

Es la complicación más frecuente y conocida de la Diabetes Mellitus de larga duración. La pérdida de la visión es 25 veces más frecuente en los pacientes diabéticos que en la población no diabética ⁽²⁵⁾. El riesgo de la retinopatía se incrementa con la duración de la enfermedad y el pobre control glicémico, está causada por los cambios en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, área del ojo que recibe las imágenes y envía la información sobre ellas al cerebro. La retinopatía presenta tres etapas principales, no proliferativas (básica), preproliferativas y proliferativas ⁽²⁾.

Los síntomas indicativos de hemorragia incluyen objetos que flotan o hilos en el campo visual, cambios visuales repentinos, como escotomas o visión borrosa, e incluso pérdida total de la visión.

Complicaciones Vasculares Periféricas

Pie Diabético

Por múltiples razones, los pacientes diabéticos tienden a padecer problemas de los pies. Las principales causas precipitantes de estos problemas son las afecciones micro y macro vasculares, que causan isquemia y retraso en la cicatrización. El principal problema con la neuropatía es la ausencia de sensibilidad, que produce falta de conciencia del dolor, y que contribuye a la aparición de lesiones múltiples en el pie. Las alteraciones de los nervios motores dan lugar a debilidad periférica, atrofia muscular y pie péndulo, con disminución de los reflejos.

Las manifestaciones clínicas más comunes son fisuras debido a la piel seca, ampollas producidas por los zapatos, omiso precursor de lesiones cancerosas, uñas de los pies, que debido a su crecimiento pueden transformarse en fuentes de infección, callos y las durezas que aparecen sobre prominencias óseas y que son lugares frecuentes de abscesos acompañados de osteomielitis⁽²⁶⁾.

6.2.3.2.- Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2

Objetivos Generales:

- ❖ Mejorar la calidad de vida del paciente diabético.

Objetivos Específicos:

- ❖ Modificar estilos de vida: alimentación inadecuada, sedentarismo, tabaquismo.
- ❖ Controlar las enfermedades concomitantes: Obesidad, hipertensión arterial, hiperlipidemias, hiperuricemia, enfermedad coronaria, etc.

Medidas Terapéuticas:

- ❖ Tratamiento no farmacológico: dieta, ejercicio.
- ❖ Tratamiento farmacológico.
- ❖ Educación⁽²³⁾.

6.2.3.2.1.- Dieta del Paciente Diabético

El plan de alimentación es un pilar fundamental del tratamiento de la diabetes, no es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación. Es necesario poner énfasis en la educación al paciente sobre un adecuado régimen alimentario. Teniendo en cuenta que la nutrioterapia médica es parte integral de la asistencia y del control total de la diabetes, los profesionales asistenciales y los diabéticos señalan que uno de los aspectos más difíciles del control de la enfermedad es el cumplimiento de los principios de planeación de la nutrición y las comidas ⁽²⁷⁾.

❖ Plan de Alimentación según el estado Nutricional.

a) Pacientes con sobrepeso y obesos (Índice de masa corporal:>25 Kg./m²)

- Dieta hipocalórica. Se recomienda menos de 1500 kcal. Entre 15 a 20 Kcal. /Kg. de peso ideal.
- Fraccionar en un mínimo de cuatro comidas diarias.
- Sustituir parcialmente las harinas por verduras.
- Restringir las grasas, sugerir el consumo de pescado, pollo sin piel, pavo y carne roja magra.
- Los aceites vegetales se limitaran a dos cucharadas diarias (30 ml); de preferencia se usaran los aceites con mayor contenido de grasa monoinsaturadas (aceite de oliva, girasol).

b) Pacientes con peso normal (Índice de masa corporal 20-25 Kg./m²)

- Dieta normocalórica entre 25 y 40 Kcal./Kg./día peso ideal, considerando la actividad física.
- Fraccionar en no menos de cuatro comidas

c) Pacientes con bajo peso (Índice de masa corporal < 20 Kg./m²)

- Dieta hipercalórica progresiva hasta llegar a valor calórico total > 40 Kcal./Kg./día
- Tratamiento adecuado de hiperglicemia para llevarlo a su peso normal ⁽²³⁾.

6.2.3.2.2.- Ejercicio Físico del Paciente Diabético

El ejercicio es importante para el tratamiento de la diabetes debido a que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovascular. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejora la utilización de la insulina; favoreciendo la circulación sanguínea y el tono muscular.

Estos aspectos son de vital importancia para el tratamiento de la diabetes para bajar de peso, reducir el estrés y mantener una sensación de bienestar general. El ejercicio también aumenta las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad, con lo que reduce las de colesterol y triglicéridos, lo cual es de particular importancia en diabéticos porque corren un riesgo mayor de trastornos cardiovasculares ⁽²⁾.

- Se recomienda una actividad física regular, mínima tres veces por semana. Debe ser aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.), de intensidad moderada y de duración igual o mayor de 30 minutos.

Debe aconsejarse el autocontrol de los pies antes y después de cada actividad física para utilizar el calzado más adecuado al tipo e intensidad del ejercicio.

- Evaluación del estado cardiovascular en todos los pacientes (hay riesgos adicionales en caso de existir retinopatía proliferativa, neuropatía autonómica, enfermedad cardiovascular, etc.)
- Los pacientes en insulinoterapia, por el riesgo de hipoglicemia, por ejercicio intenso deben consumir una ración readicional rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el ejercicio y un reajuste de las dosis de insulina.
- Está contraindicado el ejercicio en pacientes descompensados, ya que el ejercicio empeora el estado metabólico ⁽²³⁾.

6.2.3.2.3.- Tratamiento Farmacológico del Paciente Diabético

La insulina es secretada por las células beta de los islotes de Langerhans y su función es disminuir la glucosa sanguínea después de consumir alimentos para facilitar su captación y utilización en las células musculares, el tejido adiposo y el hígado. Si la secreción de la insulina no es adecuada, la farmacoterapia es esencial ⁽²⁾.

a.- Insulina

La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas humano ésta hormona facilita la entrada de la glucosa a las células de todos los tejidos del organismo, como fuente de energía, logrando su distribución uniforme en nuestro organismo. La insulina es una hormona anabólica o de almacenamiento, con las comidas, la secreción de insulina aumenta y

hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipositos ⁽²⁾. Los efectos de la insulina son:

- ❖ Transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía.
- ❖ Indica al hígado que deje de liberar glucosa.
- ❖ Estimula el almacenamiento de glucosa en hígado y músculos (en forma de glucógeno)
- ❖ Estimula el almacenamiento de la grasa dietaria en el tejido adiposo.
- ❖ Acelera el transporte de aminoácidos (derivados de las proteínas dietarias) a las células.

b.- Hipoglicemiantes orales

Los hipoglicemiantes orales son efectivos para los pacientes con diabetes tipo 2 que no pueden tratarse únicamente mediante dieta y ejercicios, no obstante, no pueden ser utilizados durante el embarazo⁽²⁾. Los principales agentes orales utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 son: Las Sulfonilureas (aumento de la secreción pancreática de la insulina); Biguanidas (disminuye la producción hepática de glucosa); Inhibidores de alfa glucosidasa (disminuyen glicemia e insulinemia postprandial) y por último las Tiazolidinedionas (mejoran la captación muscular de la glucosa)⁽²⁶⁾.

6.2.3.2.4.- Educación del Paciente Diabético

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere de toda una vida de conductas de autocontrol especiales. En virtud de que la

dieta, la actividad física y el estrés físico y emocional afectan al control diabético, los pacientes deben aprender a equilibrar múltiples factores. Deben aprender las habilidades del cuidado personal cotidiano para prevenir fluctuaciones de la glucemia y también incorporar a su estilo de vida muchos comportamientos preventivos para evitar las complicaciones a largo plazo de la diabetes ⁽²⁾.

- Es fundamental en el manejo del paciente y permite hacerlo coparticipe del cuidado de su salud.
- Es preferible que se imparta desde la primera consulta ya sea personal o grupal e impulsar la integración del paciente a los programas de educación diabetológica ⁽²³⁾.

6.2.4.- PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DIABETES

Es el conjunto de procesos y acciones orientadas a la prevención y control de los factores de riesgo, la detección precoz y atención integral de las personas con Diabetes o en riesgo de Diabetes con su participación activa así como de la familia y comunidad, para reducir el impacto individual, social y económico de esta enfermedad en el país ⁽²²⁾.

6.2.4.1.- Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo

Este programa tuvo su formación en los años 70', en los años de 1980 se oficializó estableciéndose las capacitaciones al personal de salud, a partir de ahí se empieza a brindar educación a los pacientes con diabetes mellitus a través de ciclos educativos realizándose en los propios pabellones de hospitalización así como en lugares estratégicos.

En enero del 2002 tiene como base el club de diabéticos afiliado a la Asociación Peruana de Diabetes (APDI) que fue creado en Julio de 1992 en el cual se encuentra registrado 2600 personas ⁽²⁸⁾.

Los recursos humanos con que se cuenta son: cinco médicos endocrinólogos asistentes nombrados, cuya atención en el programa de Diabetes Mellitus es rotativa un día a la semana, tres médicos asistentes residentes, un médico nutriólogo, una enfermera educadora en Diabetes, una técnica de enfermería, un técnico en podología, una Licenciada en servicio social, una psicóloga y médicos especialistas y personal paramédico ascritos al programa de Diabetes ⁽²⁸⁾.

Los servicios que se dan son:

- ❖ Controles de glicemia capilar.
- ❖ Evaluación clínica
- ❖ Atención podológica
- ❖ Consejería nutricional
- ❖ Atención de úlcera neuropática
- ❖ Módulos educativos para pacientes nuevos y continuadores.
- ❖ Centro de detección de la diabetes
- ❖ Detección y referencia para atención de complicaciones
- ❖ Evaluación y atención psicológica individual y grupal.

6.2.4.2.- Cuidados de Enfermería al Paciente Diabético

Uno de los cuidados primordiales que brinda el personal de Enfermería al paciente diabético es la educación diabetológica, fundamental para que el paciente reciba una asistencia de calidad y pueda emplear sus conocimientos en los cuidados diarios que requiere el individuo; los cuidados que brinda enfermería a los pacientes diabéticos

están basados en la prevención secundaria que incide en la modificación de los estilos de vida, en el control metabólico óptimo, en la detección y el tratamiento precoz de las complicaciones propias de la enfermedad, así también en la prevención terciaria que está dirigida a pacientes con complicaciones crónicas para detener o retardar la progresión, mediante la rehabilitación física, psicológica y social.

Funciones de Enfermería en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo

- ❖ Elabora materiales para citas y tarjetas de control del paciente con diabetes
- ❖ Es líder en la educación individualizada sobre los cuidados del paciente con diabetes
- ❖ Colabora en el desarrollo de estrategias en la educación preventiva del pie diabético y de otras complicaciones a pacientes y familia.
- ❖ Realiza entrevistas y orienta a pacientes hospitalizados.
- ❖ Recepciona al paciente que solicita atención conjuntamente con la técnica de enfermería
- ❖ Es responsable del registro de las funciones vitales, peso, talla y datos personales de la ficha clínica.
- ❖ Realiza curación de úlcera no complicadas y retiro de puntos de sutura.
- ❖ Detección de problemas podológicos u otras complicaciones del pie en pacientes diabéticos.
- ❖ Deriva al paciente a otros miembros del equipo del Programa de Diabetes y multidisciplinario en caso de detectar algún problema de urgencia.

- ❖ Capacitación y participación de actividades científicas (congresos, simposium, talleres sobre diabetes, etc.)
- ❖ Entrega material didáctico del programa de diabetes.
- ❖ Realiza informe mensual de las actividades asistenciales y administrativas a las jefaturas del programa de diabetes ⁽²⁸⁾.

6.3.- VARIABLES:

-Variable Independiente: Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

-Variable Dependiente: Calidad de vida que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

6.4.- HIPÓTESIS

La hipótesis planteada para el estudio es:

H₁ = Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo.

H₀ = No existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo.

6.5.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar su comprensión en el estudio.

- ❖ **Adherencia al tratamiento:** Es el grado en que el paciente diabético cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales, y que se encuentran influenciadas por factores propios del individuo, del tratamiento y de la relación interpersonal paciente-personal de salud.
- ❖ **Calidad de vida:** Es la valoración subjetiva que hace el paciente diabético de su vida, considerando los aspectos físicos y psicosociales relacionados con la salud.
- ❖ **Paciente Diabético:** Persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que presenta una enfermedad crónica degenerativa, y que requiere de un tratamiento efectivo a través de estilos de vida saludables, controles periódicos y educación diabetológica que le eviten desarrollar complicaciones propias de la enfermedad.
- ❖ **Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”:** Conjunto de procesos y acciones orientadas a la prevención y control de los factores de riesgo, la detección precoz y atención integral de las personas que padecen diabetes, conformada por un equipo multidisciplinario especialista en la enfermedad y la participación primordial del paciente diabético y familia.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1.-Tipo y nivel de investigación

Es una investigación aplicativa, de tipo cuantitativo, de método descriptivo-correlacional, de corte transversal que estudia las variables simultáneamente en un determinado momento.

2.2.-Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el Programa de Diabetes; es una institución de tercer nivel, muy representativa referente a cuidados de la salud a nivel nacional, está ubicado en la Av. Grau Cuadra 13 frente al parque de la Medicina Peruana en el distrito de Cercado de Lima; el programa de Diabetes está a cargo de un equipo multidisciplinario conformado por médicos endocrinólogos, médicos asistentes residentes, médico nutriólogo, enfermera educadora en diabetes, psicóloga, asistente social, técnica de enfermería, técnico en podología, y médicos especialistas en cirugía vascular periférica, traumatología, oftalmología, nefrología y personal paramédico adscritos al Programa de Diabetes.

El horario de atención en el Programa de Diabetes es de lunes a sábado de 8 a 1 pm.

2.3.- Población y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por 400 pacientes con Diabetes Mellitus que se encuentran inscritos en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, de los cuales el 99.75% (399) presentan diabetes mellitus tipo 2, y sólo uno de ellos presenta diabetes mellitus Tipo 1.

Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- ❖ Personas enfermas con Diabetes Mellitus tipo 2 que son atendidos en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”.
- ❖ Pacientes mayores de 40 años de edad.
- ❖ Pacientes con tiempo de tratamiento mayor de 1 año
- ❖ Pacientes diabéticos no discapacitados
- ❖ Pacientes que acepten participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- ❖ Pacientes con Diabetes tipo 1
- ❖ Pacientes nuevos o recién inscritos en el Programa de Diabetes.

La muestra estuvo conformada por 132 pacientes (ver anexo E) con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asistieron al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo en el período de Enero – Febrero del 2008.

La técnica de muestreo es la del muestreo no probabilístico intencional; ya que para ello se tomó en cuenta los objetivos del estudio considerando las unidades “típicas”.

2.4.- Técnica e Instrumento de Recolección

Para la recolección de datos se seleccionó como técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario, el cual fue aplicado en forma personal a cada paciente del Programa de Diabetes; el cuestionario (ver anexo A) consta de lo siguiente: presentación, datos generales y contenido propiamente dicho este a su vez se divide en dos partes, la primera evalúa Adherencia al tratamiento (20 ítems) y la segunda parte evalúa Calidad de Vida (39 ítems) está se agrupa en cinco secciones: Energía-Movilidad (quince ítems:3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36); Control de la Diabetes (doce ítems:1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 y 39); Ansiedad y Preocupación (cuatro ítems:2, 6, 8 y 22); Carga Social (cinco ítems: 19, 20, 26, 37 y 38) y Funcionamiento Sexual (tres ítems:21, 23 y 30) (ver anexo A). Para evaluar la variable Calidad de Vida se utilizó el instrumento “Diabetes 39”, que fue adaptado y validado en México por consenso de un panel de cinco investigadores con experiencia en la construcción y validación de cuestionarios, este a su vez a sido adaptado al Perú de acuerdo a nuestra realidad considerando los aspectos económicos y socioculturales; el cuestionario es de tipo multidimensional y cubre aspectos de bienestar psicológico, funcionamiento social, físico, entre otros.

Para la medición de las variables se asignó puntaje a cada uno de los ítems (ver libro de códigos - anexo H), los valores finales que se obtuvieron para cada una de las variables (ver anexo F) fueron:

Adherencia al tratamiento de 20 a 66 puntos (20 ítems); y Calidad de Vida de 39 a 273 puntos (39 ítems).

2.5.- Confiabilidad y Validez

La validez del instrumento, se hizo mediante el juicio de expertos, donde participaron ocho profesionales especialistas como médicos endocrinólogos (3), enfermeras del área de investigación y de medicina general (3), y profesionales de psicología (2), cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento de recolección de datos. Los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto, para ello se aplicaron fórmulas estadísticas como el del K de Richarson y el Alfa de Crombach. Los resultados para la variable Adherencia al tratamiento fueron: Alfa de Crombach = $0.9 > 0.5$ y Kuder Richardson = $0.6 > 0.0$ (ver anexo C). Para la variable Calidad de Vida, se obtuvo la confiabilidad con el método coeficiente de Alfa de Crombach > 0.5 , de acuerdo a cada dimensión evaluada (ver anexo C). Estos resultados permitieron modificar y/o discriminar ítems, asegurando su consistencia y coherencia interna así como reducir su margen de error.

2.6.- Plan de Recolección de Datos

Se realizaron los trámites establecidos por el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, presentando el proyecto de investigación a la Dirección General, a la Oficina de Apoyo, Docencia e Investigación, al Comité de

Ética así también al Jefe del Programa de Diabetes para obtener la aprobación y proceder a la ejecución del estudio.

El cuestionario fue aplicado a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 inscritos en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, los datos fueron recolectados en el mismo programa de diabetes así como en el consultorio de Endocrinología; el tiempo empleado fue de 4 semanas desde Enero – Febrero del 2008, en horarios de 8 am a 1 pm de Lunes a sábados, con una duración de 15 minutos aproximadamente para cada entrevista. Para evaluar el estado general de salud del paciente diabético, en primer lugar se les monitorizaba las funciones vitales como el control de la presión arterial, el peso respectivo y la valoración de la glicemia capilar, además de brindar la educación requerida por el paciente.

2.7.- Plan de Procesamiento Análisis e Interpretación

Se aplicó la tabla de códigos y la escala de medición (Escala de Stanones- ver anexo F) para medir las variables respectivas, una vez obtenida la información de la muestra se procedió a procesar los datos recolectados a través del programa Microsoft Office Excel para su respectivo paloteo y presentación de los resultados a través de tablas y/o cuadros estadísticos para el análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba No Paramétrica de Chi Cuadrado X^2 a través del paquete estadístico del SPSS para Windows, donde nos permitió discriminar la hipótesis incorrecta (ver anexo G).

2.8.- Consideraciones Éticas

Se contó con la autorización para la ejecución del presente estudio por parte de la Dirección del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Comité de Ética, Médico jefe del Servicio de Endocrinología, además se obtuvo el consentimiento informado (ver anexo B) de cada paciente para la aplicación del instrumento.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio se aplicó a los pacientes diabéticos que asistieron al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, cuya finalidad fue identificar la adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida a fin de que se evalúen nuevas estrategias de atención al paciente diabético considerando aspectos físicos, psicológicos y sociales.

3.1.- Datos Generales

La población de estudio fue de 132 (100%) pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de ellos el 78 %(103) eran de sexo femenino y 22% (29) de sexo masculino (ver anexo J); según el Ministerio de Salud las mujeres encabezan la lista de afectados por la Diabetes con un total de 27,453 casos registrados, mientras que los varones suman 14,148⁽¹⁾; en razón a que las mujeres tienen mayores factores de riesgo (gestación, menopausia, sedentarismo) de padecer la enfermedad que el hombre⁽³⁰⁾.

Se evidencia que existe un mayor porcentaje de mujeres con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes (ver anexo J), debido a la presencia de mayores factores de riesgo que hacen que estén más predispuestas de padecer dicha enfermedad.

Con respecto a la edades, el 44.6%(59) están en las edades de 51 a 60 años, el 26.5%(35) de 61-70 años, el 15.9 %(21) de 71 a 80 años y por último el 12.8%(17) tienen edades de 40 - 50 años (ver anexo J).

La edad que predomina es la de 51 a 60 años, considerada la etapa del adulto maduro (40 hasta los 60 años aproximadamente), que se caracteriza porque el individuo alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico.

Con respecto al grado de instrucción del 100%(132), el 65.9%(87) estudió hasta el nivel primario; 25.7%(34) tenían estudios de nivel secundario, 4.5 %(6) hasta el nivel superior y el 3.7% (5) manifiesta no tener ningún tipo de estudio (ver anexo K).

En el anexo K se presenta, que el mayor porcentaje de pacientes tienen estudios hasta el nivel primario, lo que significa que con un grado de instrucción bajo, existen las probabilidades de tener ciertas dificultades de aprendizaje que obstaculicen la adherencia óptima al tratamiento, teniendo que ser el trabajo más arduo por parte del personal de salud, al educar constantemente al paciente a fin de que pueda cumplir con las pautas de su tratamiento para el control de la enfermedad.

Con respecto al tiempo de enfermedad el 40.95%(54) padece la enfermedad de 6 a 10 años, el 40.15%(53) de 1 a 5 años, el 12.8%(17) de 11 a 15 años y por último el 6.06%(8) tiene la enfermedad por un tiempo mayor de 16 años (ver anexo L).

Existe un mayor número de pacientes que presentan la enfermedad de 6 a 10 años, cabe señalar que conforme avanza el tiempo de enfermedad y si no se ha tenido un adecuado control se van a presentar complicaciones propias de la diabetes como es el daño a los demás órganos, ya que la diabetes es una enfermedad multiorgánica.

En lo que refiere a la cobertura de los gastos del tratamiento en relación con el ingreso económico, se obtiene que 53.03 %(70) presentan un ingreso económico menor de s/550.0, de ellos el 39.3%(52) no les alcanza para cubrir los gastos de su tratamiento; de los pacientes que tienen ingreso económico mayor de s/550.0 son 46.9%(62) de los cuales el 27.2%(36) logran cubrir los gastos de su tratamiento y el 19.6%(26) no les alcanza para su tratamiento (ver anexo P).

Lo que quiere decir que a la mayoría de pacientes, el tipo de ingreso económico (remuneración mínima vital) no les alcanza para cubrir los gastos de su tratamiento; siendo este un gran problema debido a que es una enfermedad crónica que conlleva a altos costos para el paciente y familia.

En relación al índice de masa corporal (IMC) de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se obtuvo que del 100%(132), el 50%(66) se encuentra en sobrepeso, el 26.5%(35) se encuentra con IMC normal, y el 23.48%(31) tienen obesidad (ver anexo O).

Las persona con sobrepeso u obesidad están más predispuestas a enfermedades como dislipidemias, hipertensión (ver anexo M) y enfermedades cardiovasculares ⁽²⁾. Se puede evidenciar que la mitad de los pacientes se encuentran en sobrepeso, es decir no están controlando

su peso adecuadamente, lo que los hace más susceptibles de padecer enfermedades cardiovasculares, entre otras.

En cuanto al valor de la glucosa capilar en ayunas se obtuvo los siguientes valores; del 100%(132) de la población encuestada, el 48.4% (64) de ellos presenta glucosa en ayunas de 111 a 139 mg/dl, 35.6%(47) presenta glucosa en ayunas mayor de 140 mg/dl y el 15.9%(21) presenta valores de glucosa capilar menores de 110 mg/dl (ver anexo N)

Los valores normales de sangre venosa total (sin centrifugar) o capilar en ayunas es 10 % más bajos que los del plasma (60-100 mg/dl); al azar o durante una tolerancia a la glucosa los valores son semejantes (23).

La mayoría de los pacientes diabéticos, presentan una glucosa en ayunas entre 111 y 139 mg/dl (ver anexo N), no encontrándose dentro de los valores normales y que pueden ser causados por una inadecuada alimentación, falta de ejercicios, estrés, entre otros.

3.2.- Datos Específicos

De los resultados obtenidos sobre la Adherencia al tratamiento y la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, se muestra lo siguiente:

3.2.1- Relación entre Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

TABLA N° 1

**RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA
DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL
PROGRAMA DE DIABETES - HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	CALIDAD DE VIDA			TOTAL	PORCENTAJE
	Óptima	Regular	Deficiente		
No existe	0	9	4	13	9.84%
Regular	7	77	7	91	68.93%
Óptima	6	19	3	28	21.21%
TOTAL	13	105	14	132	100%
PORCENTAJE	9.84%	79.54%	10.6%	100%	

Chi cuadrado : 12.18

P=0.01<0.05 existe relación estadística

En la tabla N° 1, se observa que en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, predomina una regular adherencia al tratamiento con una regular calidad de vida (77), seguido por una óptima adherencia al tratamiento con una regular calidad de vida (19), así también se observa que los pacientes que no se encuentran adheridos al tratamiento no presentan una óptima calidad de vida (0). Evidenciándose que el mayor número de los pacientes muestra una regular calidad de vida a consecuencia de una regular adherencia al tratamiento, lo que quiere decir que a una mejor adherencia al tratamiento mejor será la calidad de vida.

Para comprobar la hipótesis planteada, se utilizó la estadística de prueba del Chi Cuadrado, obteniéndose como valor a 12.18 y el valor del $P=0.01$ menor de 0.05, lo que cual permitió rechazar la hipótesis nula planteada y comprobar la relación existente entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”.

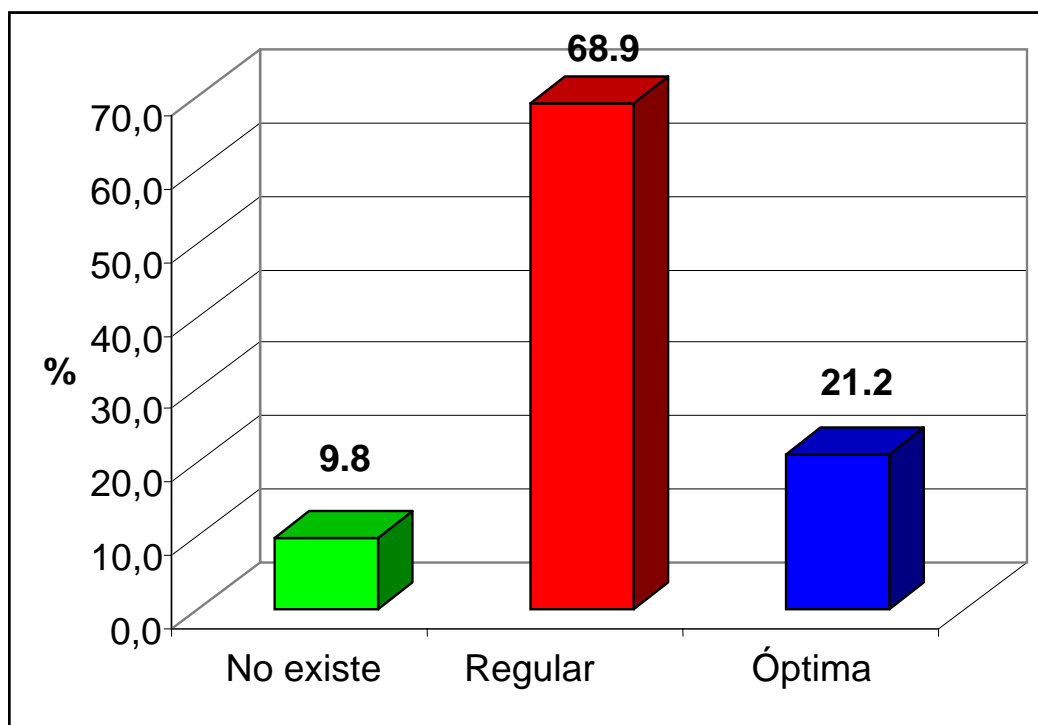
Según Alfonso Villalobos ⁽¹²⁾ la adherencia la tratamiento de la diabetes constituye uno de los factores más importantes para lograr el adecuado mantenimiento de la salud, los pacientes diabéticos requieren de cuidado médico continuo junto con una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y, finalmente, potenciar la calidad de vida que se ve afectada por la enfermedad.

Por lo tanto cuando las personas cumplen de manera adecuada con su tratamiento indicado, permite que la persona pueda controlar su enfermedad, reduciendo los riesgos de padecer complicaciones propias de la enfermedad que afecten su calidad de vida.

3.2.2.- Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

GRÁFICO N° 1

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 - PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**



En el gráfico N° 1, se puede apreciar que del 100%(132) pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el 68.9%(91) presenta una regular adherencia al tratamiento, 21.2%(28) una adherencia óptima y 9.8%(13) de ellos no se encuentra adherido al tratamiento.

Según Silvana D´ Anello la persona que no cumple con el tratamiento indicado generalmente lo manifiesta con la omisión de tomas, la reducción de las dosis prescrita, no respeta los intervalos o frecuencias

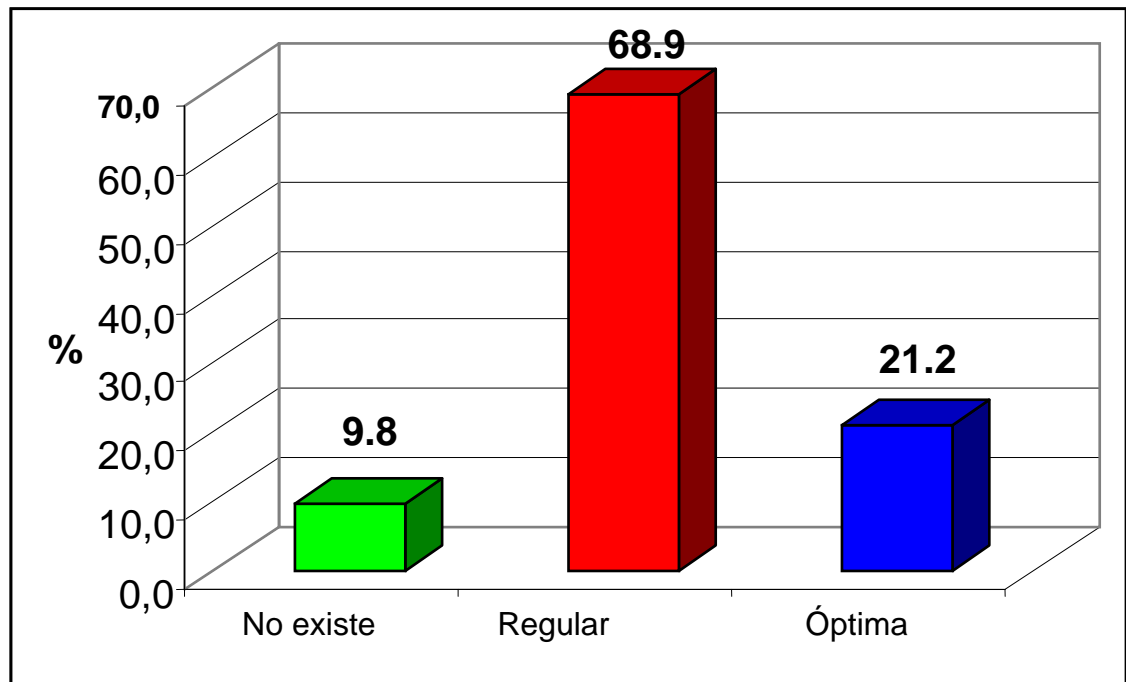
de administración propuestas, el no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias⁽²¹⁾; además existen dimensiones que intervienen en la adherencia al tratamiento; siendo estas dependientes del individuo donde el aspecto más afectado por el paciente es no contar con los recursos económicos suficientes para cubrir con los gastos del tratamiento (ver gráfico N^{ro} 3); la siguiente dimensión es dependiente del tratamiento donde el aspecto más resaltante se encuentra en que los pacientes no cumplen con su medicación indicada, debido a que dejan de administrarse sus pastillas hipoglicemiantes alguna vez a la semana (ver gráfico 2) ; y por último se encuentra la dimensión dependiente del las relaciones interpersonales con el equipo de salud donde la mayoría de pacientes considera tener buenas relaciones interpersonales con el personal que le brinda atención(ver gráfico 4).

Las dimensiones; dependientes del paciente y de las características del tratamiento, que intervienen en la adherencia al tratamiento, requieren de mayor cuidado por parte del personal de salud; haciendo énfasis en la importancia y de los beneficios de un adecuado cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

3.2.3.- Dimensiones de la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

GRÁFICO Nº 2

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 SEGÚN LA DIMENSIÓN CARACTERÍSTICA DEL
TRATAMIENTO -PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**



En el gráfico N^o 2, se observa que del 100%(132), el 68.9%(91) presenta una regular adherencia en relación a las característica del tratamiento, el 21.2%(28) presenta una óptima adherencia y el 9.8%(13) no se encuentra adherido a las características del tratamiento.

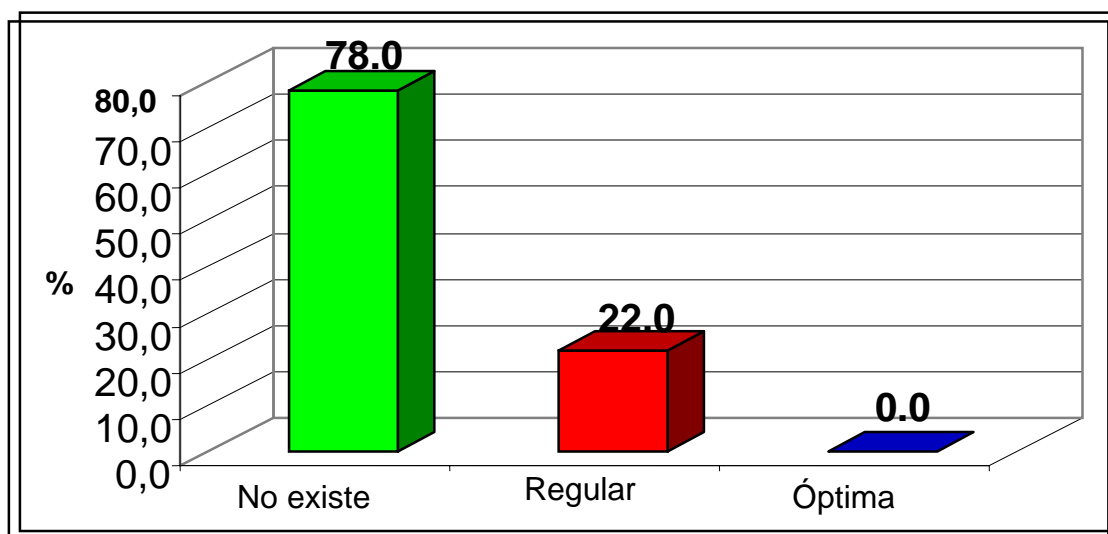
Las características del tratamiento abarcan el tratamiento farmacológico que recibe el paciente, los cuales son hipoglicemiantes

orales y/o insulina, el tratamiento no farmacológico que incluye dieta saludable, ejercicios, y además la educación que el paciente debe recibir para su autocuidado⁽¹⁹⁾.

La regular adherencia al tratamiento que se muestra de acuerdo a las características del tratamiento, están dadas porque los pacientes en su mayoría no realizan ningún tipo de ejercicios no cumpliendo con parte del tratamiento indicado, teniendo en cuenta que el ejercicio sirve como un factor hipoglicemiante que previene futuros daños en los pacientes diabéticos (ver anexo Q); además se encontró que un buen número de los pacientes que reciben medicación farmacológica dejan de administrarse sus pastillas hipoglicemiantes y/o insulina alguna vez a la semana ya que la mayoría de ellos olvida hacerlo, lo que pone en riesgo su propia vida, debido a que no se lleva un buen control de la glucosa y por el mismo trastorno metabólico que presentan, son más susceptibles de padecer tanto una hipoglicemia como la propia hiperglicemia(ver anexo S); cabe resaltar que la mayoría de pacientes cumple con la dieta balanceada que es parte importante del tratamiento, lo que va a permitir controlar los niveles de glucosa en sangre así como disminuir los riesgos por enfermedades cardiovasculares (ver anexo U).

GRÁFICO Nº 3

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN LA DIMENSIÓN DEPENDIENTE DEL PACIENTE
PROGRAMA DE DIABETES - HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ



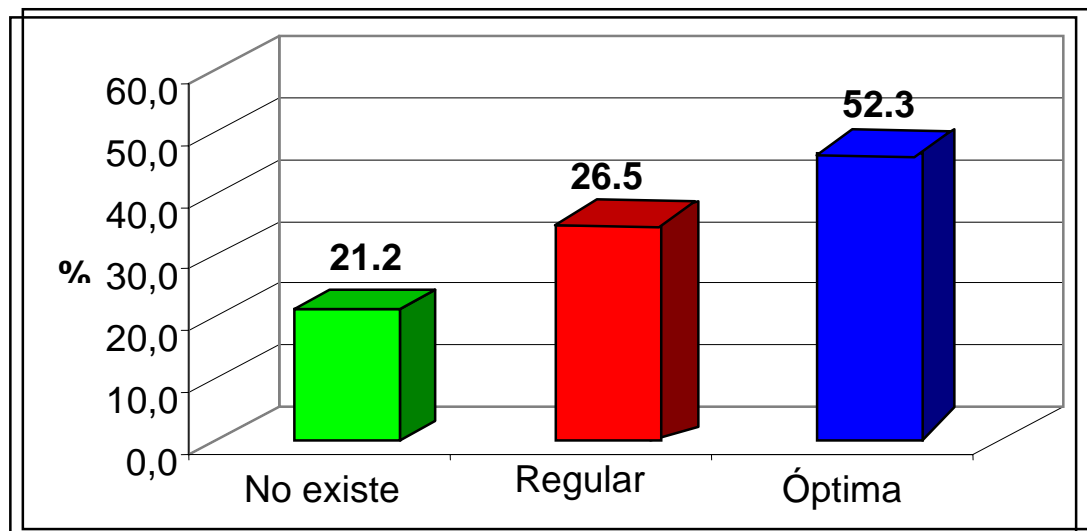
En el gráfico N^o 3, se observa que del 100%(132), la adherencia al tratamiento según la dimensión dependiente del paciente, el 78%(103) no presenta adherencia al tratamiento, el 22%(29) presenta una regular adherencia y ninguno de los pacientes con diabetes mellitus se encuentra óptimamente adherido según la dimensión dependiente del paciente.

El nivel socio-económico, cultural, estadio de la enfermedad, las creencias de los pacientes respecto a su medicación, el valor asignado que éste le da a su propia salud, la enfermedad y el equipo asistencial son factores decisivos para el cumplimiento del tratamiento.

La mayoría de pacientes diabéticos no se encuentran adheridos al tratamiento según la dimensión dependiente del paciente, debido a que el mayor número de ellos no cuenta con el ingreso económico suficiente para poder costear todos los gastos de su tratamiento, esto incluye exámenes de laboratorio, consultas médicas, pastillas hipoglicemiantes y/o insulina que generalmente son administrados diariamente(ver anexo P); a ello se le suma el nivel de instrucción que presentan, donde la mayoría de ellos cuenta con nivel primario lo que hace un poco dificultoso su aprendizaje(ver anexo K).

GRÁFICO Nº 4

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 SEGÚN LA DIMENSIÓN RELACIONES INTERPERSONALES
CON EL EQUIPO DE SALUD DEL PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**



En el gráfico Nº 4, se observa que del 100%(132), el 52.3%(69) presenta una óptima adherencia al tratamiento según la dimensión de las relaciones interpersonales con el equipo de salud; el 26.5%(35) presenta una regular adherencia y el 21.2%(28) no se encuentra adherido al tratamiento según la dimensión de relaciones interpersonales con el equipo de salud.

Las relaciones interpersonales que se establecen entre el equipo de salud y el paciente influyen favorablemente en la adherencia al tratamiento; esto implica que el paciente va a tener más confianza en

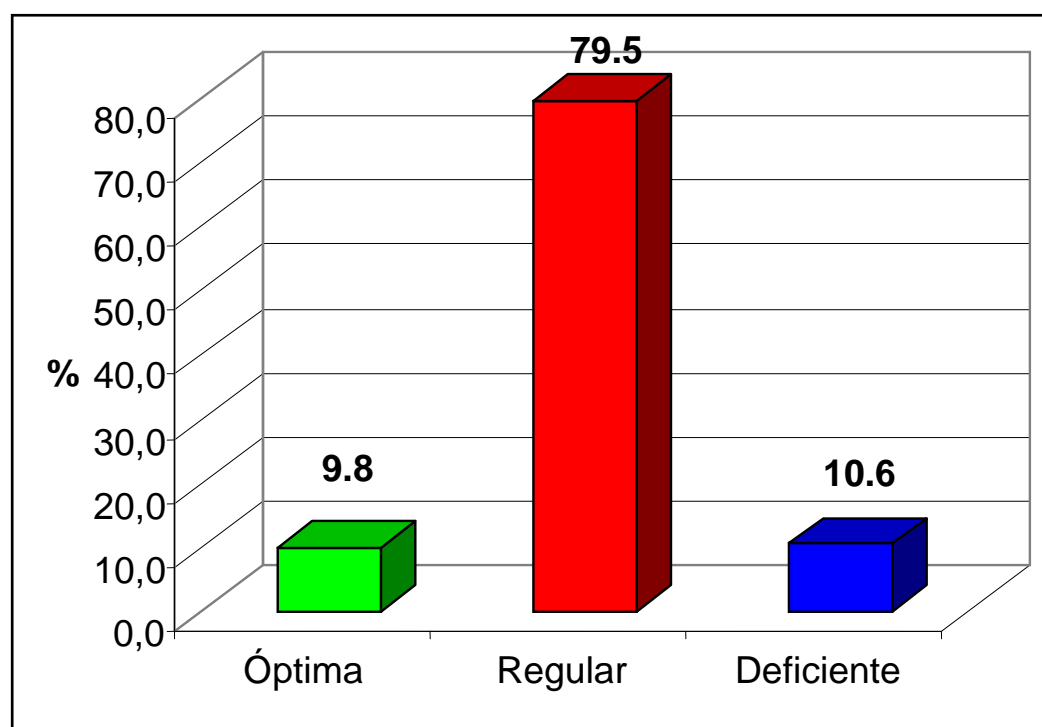
comunicar tal cual esta llevando su tratamiento, así como asistir las veces que el personal lo cite y a preguntar sin ningún temor las veces que tenga alguna duda.

Si bien las relaciones interpersonales con el personal de salud son óptimas, no todos los pacientes reciben atención por parte de todo el equipo de salud, es decir la mayoría de pacientes entrevistados refieren no haber recibido atención por parte de los profesionales de psicología y de servicio social lo que hace que el paciente no se encuentre en su totalidad, óptimamente adherido (ver anexo V).

3.2.4- Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

GRÁFICO N° 5

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**



En este gráfico N° 5, se observa que del 100%(132), el 79.5%(105) presenta una regular calidad de vida, el 10.6% (14) presenta una deficiente calidad de vida y el 9.8%(13) una óptima calidad de vida.

Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como es en la dimensión psicológica, social y física. Los pacientes diabéticos no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con el, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las

complicaciones de la enfermedad. Este impacto se expresa como “calidad de vida” ⁽¹⁸⁾.

Las dimensión psicología de la calidad de los pacientes diabéticos se encuentra regularmente afectada por la ansiedad y la preocupación que muestra el paciente, dimensión que generalmente resulta afectada por el impacto de la enfermedad (ver anexo Y); la dimensión social de la calidad de vida no resulta ser afectada, debido a que la enfermedad no obstaculiza las relaciones interpersonales con las personas de su entorno (ver anexo Z); en cuanto a la dimensión física, la movilidad y vitalidad y/o energía del paciente se encuentran regularmente afectada, según estudio de investigación en pacientes diabéticos aseguran que conforme aumenta el tiempo de enfermedad las personas van perdiendo la vitalidad que tenían en un inicio de la enfermedad(ver anexo W); además en cuanto al aspecto del funcionamiento sexual no se encuentra afectada en la mayoría de pacientes, es decir no interfiere la enfermedad en su vida sexual(ver anexo Z-2).

3.2.5- Análisis de la Relación que existe entre Adherencia al Tratamiento y la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

➤ Dimensión Dependiente del Paciente y su Relación con la Calidad de Vida.

Según la dimensión dependiente del paciente y su relación con la calidad de vida, del 100% (132) de pacientes diabéticos se obtuvo que tanto mujeres y hombres en su mayoría consideran tener una regular

calidad de vida, es decir, el sexo del paciente no necesariamente determina la percepción que tienen el paciente de su calidad de vida; según la edad del paciente se obtuvo como resultado que los pacientes de mayor edad (mayores de 71 años) presentan una deficiente calidad de vida considerando que a mayor tiempo de enfermedad la salud se va deteriorando poco a poco y que se ve agravada por la presencia de complicaciones propias de la Diabetes; el grado de instrucción que predomina es el de nivel primario donde la mayoría de ellos consideran tener una regular calidad de vida, mientras que los pacientes que no recibieron estudio alguno, ninguno de ellos considera tener una óptima calidad de vida, debido a que presenta ciertas dificultades para el cumplimiento del tratamiento por falta de comprensión de ciertas pautas necesarias, y por último el ingreso económico del paciente es fundamental para cumplir con el tratamiento y disminuir el estrés y/o ansiedad que en muchas ocasiones es provocada por la falta de este; la mayoría de los pacientes tiene un ingreso menor al ingreso mínimo vital(< s/550) y por ende la mayoría considera tener una regular calidad de vida seguida por la deficiente calidad de vida según el ingreso económico.

➤ **Dimensión característica del tratamiento y su relación con la calidad de Vida.**

Según la dimensión características del tratamiento, del 100% (132) más del 50% de ellos recibe tratamiento farmacológico predominando los hipoglicemiantes orales en relación con la insulina, donde en alguna ocasión han dejado de administrarse su medicación ya sea por olvido, por no contar con el dinero para comprar dichas medicinas y/o por la dificultad de administración, de ahí que la mayoría de ellos considera tener una

regular calidad de vida; en relación con el tratamiento no farmacológico que incluye la dieta y ejercicios, la mayoría de los pacientes diabéticos cumplen con una dieta saludable, sin embargo los resultados obtenidos según el Índice de masa corporal (IMC) indica que el 50% de ellos se encuentra con sobrepeso ($25.1- 30 \text{ Kg./m}^2$) encontrándose que la mayoría de ellos considera tener una regular calidad de vida debido a que tienen que estar muy pendiente de su alimentación para evitar complicaciones agudas y crónicas; de los pacientes que no realizan ejercicios que son más del 50%, de ellos la mayoría considera tener una regular calidad de vida seguido por una óptima calidad de vida debido a que no les produce incomodidad y ningún esfuerzo adicional para su salud, lo que hace evidente que el paciente no cumple en su totalidad el tratamiento debido a los esfuerzos que este le produce; y por último la educación que se le brinda al paciente como parte del tratamiento que contribuye a un adecuado autocuidado del mismo, en relación a ello casi el 99% de ellos considera recibir una adecuada educación acerca de su tratamiento, de ahí que la mayoría considera tener una regular calidad de vida seguida por la óptima calidad de vida.

➤ **Dimensión Dependiente de las Relaciones Interpersonales con el Equipo de Salud y su Relación con la Calidad de Vida.**

Según la Dimensión Dependiente de las Relaciones Interpersonales con el Equipo de Salud y su relación con la calidad de vida, del 100% (132) de pacientes diabéticos la mayoría de ellos se sienten satisfechos con la atención que le brinda el personal médico seguido por el profesional de Enfermería, servicio social y psicología, manifestando que el personal de salud le brinda una adecuada explicación de su tratamiento y sobretodo

muestran mucha paciencia y preocupación por su estado de salud, sin embargo se obtuvo como resultado que en su mayoría de los pacientes no fueron atendidos por todos los profesionales del equipo de salud involucrados en la atención integral que se debe brindar al paciente diabético, como es el caso del profesional de psicología y de servicio social.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

4.1.- CONCLUSIONES

Las conclusiones que se llegaron en el estudio fueron:

- Existe relación directa entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentan una regular adherencia al tratamiento
- La adherencia al tratamiento en su dimensión dependiente del paciente, es la dimensión que presenta menor adherencia al tratamiento.
- La mayoría de pacientes diabéticos consideran tener una regular calidad de vida.

4.2.- RECOMENDACIONES

- El equipo de salud debe valorar los resultados obtenidos en el estudio, para plantear propuestas de atención al paciente diabético que permitan favorecer la adherencia al tratamiento.

- Debe proporcionarse atención coordinada con todo el equipo de salud para favorecer la adherencia al tratamiento y lograr las metas establecidas.
- El profesional de Enfermería considerada líder en la educación diabetológica, debe tener una participación más activa dentro del programa, a fin de integrar al paciente y familia a cumplir con el tratamiento.

4.3.- LIMITACIONES

- Demora en la gestión de trámites de autorización, para la ejecución del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Disponible en :[http://mintra.gob.pe/ contenido/ discapacidad/estudio_diabetes_mellitus/pdf](http://mintra.gob.pe/contenido/discapacidad/estudio_diabetes_mellitus/pdf)
2. Connell S, Bare B. Brunner y Suddarth: Enfermería Médico Quirúrgica. Edición.10ª Edición. Editorial Interamericana. España. 2004; (1265, 1297)
3. Ministerio de Salud. Situación de las Enfermedades No Transmisibles en el Perú. 2003; (43, 49)
4. Braunwalb Eugene. Harrison. Principios de Medicina Interna.15^(va) Edición. 2002; (2467)
5. Disponible en www.Wikipedia.com.pe.
6. Veliz M, Cárdenas A. Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. México. 2005; (353)
7. Ramírez Saba A. Disponible en <http://minsa.gob.pe>.2006
8. Heredia Galán María. ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? Revista ROL de enfermería, ISSN 0210-5020, Vol. 27, Nº. 1, 2004; (57-60)
9. Hidalgo Carpio. “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes con Diabetes: Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Octubre- Diciembre 2005”; (116)

10. Quiroz Aliaga Cristina “Calidad de vida en pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 en el Instituto Especializado de Salud del Niño. 2003” ; (21)
11. López Manuel y Col. “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. México. 2006”.; (201, 207)
12. Alfonso Villalobos Pérez y col. “Características psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II- Versión III (EATDM-III)”. Costa Rica 2006; (31, 37)
13. Joan Monés. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. Artículo especial de la Unidad de Gastroenterología. Hospital de la Santa Creu. España.2004; (72)
14. Gómez-Vela, María. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Universidad de Salamanca.
15. Bárbara Kosier. Fundamentos de Enfermería. 5^{ta} Edición. México 1999.
16. Disponible en <http://www.cybertesis.edu.pe>. Tesis. La relación entre los componentes de la calidad de vida con la expresión de hostilidad y cólera en mujeres con cáncer de mama que presentan intervención quirúrgica radical es diferente en mujeres con características similares, pero con cirugía conservadora. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2004; (186, 222)
17. Schwartzmann Laura. Ciencia y Enfermería. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos Conceptuales. ISSN 0717-9553 *versión online*, Vol. 9 N^o 2 Concepción dic. 2003; (4, 16)

- 18.Árcega Domínguez, Arturo. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. México. 2005; (677)
- 19.OPS – OMS. Norma técnica para la adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA - en adultos infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); (23)
- 20.UNMSM-Facultad de Medicina. Manejo Integral de la TBC y VIH/SIDA en personas privadas de su libertad.2005; (41)
- 21.D” Anello Koch, Silvana. Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. Vol.15. N^o 1. Venezuela 2006; (5)
- 22.Ministerio de Salud. Reglamento de Ley N 28553. Ley General de Protección a las Personas con Diabetes. Dirección General de Salud de las Personas. Perú. 2006; (4)
- 23.Seclén Segundo. La Diabetes Mellitus Problema de Salud Pública. Instituto de Gerontología. Perú. 2000; (114,123, 127- 135)
- 24.Garmendia Lorena, Fausto. “Complicaciones agudas de la diabetes mellitus”. Diagnóstico. Vol.39 N^o 2. Perú 2000; (80)
- 25.Sáenz Pedro E. “Retinopatía diabética”. Diagnóstico. Vol.39 N^o 1. Perú 2000; (19)
- 26.Gauthlet P, Meyer J. Mosby: El Tratado de Enfermería. 3^{ra} Edición España. 1997; (1632 - 1647)
- 27.Marion J, Franz. Dietoterapia de Krause. España. 2003;(700, 707)
- 28.Hospital Nacional Dos de Mayo. Programa de Diabetes del Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Perú. 2002; (2-16)
- 29.Disponible en: www.cep.org.com.pe
- 30.Disponible en: www.diariosalud.net/index2.php

BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso Villalobos Pérez y col. “Características psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II- Versión III (EATDM-III)”. Costa Rica 2006.
- Árcega Domínguez, Arturo. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. México. 2005.
- Braunwalb Eugene. Harrison. Principios de Medicina Interna.15^(va) Edición. 2002.
- Connell S, Bare B. Brunner y Suddarth: Enfermería Médico Quirúrgica. Edición.10^a Edición. Editorial Interamericana. España. 2004.
- D” Anello Koch, Silvana. Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. Vol.15. N⁰ 1. Venezuela 2006.
- Garmendia Lorena, Fausto. “Complicaciones agudas de la diabetes mellitus”. Diagnóstico. Vol.39 N⁰ 2. Perú 2000.
- Gauthlet P, Meyer J. Mosby: El Tratado de Enfermería. 3^{ra} Edición España. 1997..
- Gómez-Vela, María. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Universidad de Salamanca.

- Heredia Galán María. ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? Revista ROL de enfermería, ISSN 0210- 5020, Vol. 27, Nº. 1, 2004.
- Hidalgo Carpio. “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes con Diabetes: Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Octubre- Diciembre 2005”.
- Hospital Nacional Dos de Mayo. Programa de Diabetes del Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Perú. 2002.
- Joan Monés. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. Artículo especial de la Unidad de Gastroenterología. Hospital de la Santa Creu. España.2004.
- López Manuel y Colab. “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. México. 2006”.
- Marion J, Franz. MS. Dietoterapia de Krause. España. 2003.
- Ministerio de Salud. Disponible en: http://.minsa.gob.pe/contenido/discapacidad/estudio_diabetes_mellitus/pdf
- Ministerio de Salud. Reglamento de Ley N 28553. Ley General de Protección a las Personas con Diabetes. Dirección General de Salud de las Personas. Perú. 2006.

- Ministerio de Salud. Situación de las Enfermedades No Transmisibles en el Perú.2003.
- OPS – OMS. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 3: Medición de las condiciones de salud y enfermedades en la población. 2^{da} Edición. 2002.
- Peredo Cavassa Rosa. Conocimiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus acerca de la enfermedad tratamiento y prevención de complicaciones en el hogar” Perú.2003.
- Ramírez Saba A. Disponible en <http://.minsa.gob.pe>.2006
- Sáenz Pedro E. “Retinopatía diabética”. Diagnóstico. Vol.39 N° 1. Perú 2000.
- Schwartzmann Laura. Ciencia y Enfermería. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos Conceptuales. ISSN 0717-9553 *versión online*, v. 9 n. 2 Concepción dic. 2003.
- Seclén Segundo. La Diabetes Mellitus Problema de Salud Pública. Instituto de Gerontología. Perú. 2000.
- UNMSM-Facultad de Medicina. Manejo Integral de la TBC y VIH/SIDA en personas privadas de su libertad.2005.
- Veliz M, Cárdenas A. Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. México. 2005.
- Villajuan Reyes, Elisa. Calidad de vida del paciente Ostomizado que asiste a la consulta de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Perú. 2006.

- Disponible en <http://www.cep.org.com.pe>
- Disponible en <http://www.cybertesis.edu.pe>. Tesis. “La relación entre los componentes de la calidad de vida con la expresión de hostilidad y cólera en mujeres con cáncer de mama que presentan intervención quirúrgica radical es diferente en mujeres con características similares, pero con cirugía conservadora. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2004”.
- Disponible en <http://www.Wikipedia.com.pe>.
- Disponible en: www.diariosalud.net/index2.php

ANEXOS

ANEXO A

UNMSM
Facultad de Medicina
Escuela Académico Profesional de Enfermería

INSTRUMENTO

I.- Presentación:

Buenos días mi nombre es Yulisa Molina García, estoy realizando un estudio en coordinación con el Hospital Nacional “Dos de Mayo” sobre la “Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, que asisten al Programa de Diabetes, con el propósito de diseñar estrategias orientadas a brindar educación para la salud del paciente y familia a fin de favorecer la adhesión al tratamiento y mejorar la calidad de vida del paciente diabético.

Dicha información será de carácter confidencial, por lo cual se agradece de antemano su colaboración, esperando que responda con sinceridad las siguientes preguntas:

II.- Datos Generales:

Complete y marque con un aspa (x) según sea su caso:

Ficha N°:.....

Fecha:.....

Edad:.....

Sexo: F ☐ M ☐

Peso:.....

Talla:.....

Presión arterial:.....

Glucosa:.....

Religión:

a.-Católica ☐ b.-Evangélica ☐ c.-Especifique:.....

En relación a su procedencia

En que distrito vive:.....

Su estado civil es:

a.- Soltero ☐ b.- casado ☐ c.-viudo ☐ d.-conviviente ☐

Hasta que año estudió:

Primaria ☐ Secundaria ☐
Superior ☐ No estudió ☐

Su ocupación es:

Obrero ☐ Empleado ☐ Independiente ☐
Jubilado ☐ Ama de casa ☐ A que se dedica:

Su ingreso Económico Familiar mensual es:

a.-Menor de s/500.0 ☐
b.- Mayor de S/500.0 ☐
c.- Especifique:.....

Tiempo que padece la enfermedad:.....

Tiempo que recibe tratamiento en el Programa de Diabetes:.....

III.- CONTENIDO:

3.1.- Marque con un aspa (x) según sea su caso:

1.- ¿Qué tipo de medicinas recibe?

a.- Insulina () b.- hipoglicemiantes orales (pastillas) ()
c.-Insulina + pastillas () d.-no recibe medicinas ()

2.- ¿Cuántas veces al día?

a.-1 () b.- 2 () c.- 3 () d.- más de 3 ()

3.- ¿Quién lo ayuda?

a.- Familiar () b.- vecino () c.- personal de salud () d.- Nadie ()

4.- Durante la última semana ¿ha dejado de administrarse su medicina por alguna razón? Si su respuesta es no pase a la pregunta

Nº 6

- a) Sí, siempre () b) Más de la mitad de veces ()
c) Alguna vez () d) En ninguna ocasión ()

5.- ¿Cuál fue el motivo de no administrarse su medicina?

- a) Olvido () b) Dificultad de la hora ()
c) Dificultad para su aplicación () d) Falta de dinero ()
e) Creo que tiene muchos efectos negativos ()

6.- ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?

- a) Mucho () b) poco () c) Nada ()

7.- ¿Cómo evalúa la explicación que recibe acerca de su tratamiento?

- a) Mala b) Regular () c.- Buena ()

8.- Durante la última semana ¿qué comió usted más?

- a.- Frituras y harinas ()
b.- carnes, verduras y harinas ()
c.- Granos integrales como trigo y arroz integral. ()
d.- Harinas y dulces ()

9.- ¿Cuántas veces al día ingiere alimentos?

- a) 1 a 2 () b) 3 a 5 () c) 6 a más ()

10.- Durante el último mes usted realizó algún tipo de ejercicios? Si su respuesta es no pase a la pregunta 12.

Si ☐ No ☐

¿Cuál?.....

11.- ¿Cuántas veces a la semana?

- a.- 1-3 () b.- 4-5 () c.- 6-7 () d.- No realiza ()

12.- ¿El dinero que tiene y/o gana, le alcanza para los gastos de su tratamiento?

- a.- Si ☐ b.- No ☐

13.- ¿El costo de los exámenes auxiliares (glucosa, colesterol, microalbuminuria, hemoglobina glicosilada) le son accesible para su bolsillo?

a.- Si ☐ b.- No ☐

14.- ¿Cómo calificaría la relación que tiene con el personal de salud?.

Escriba en los espacios en blancos como es su relación con el personal de salud según las alternativas mostradas.

a) Mala	-Médico:.....
b) Regular	-Enfermera:.....
c) Buena	-Psicóloga:.....
d) Muy buena	-Asistente social:.....
e) No recibió atención	

15.- ¿Qué es para usted buena atención?

.....

16.- ¿ Está contento con la atención que le brinda el personal de salud?. Escriba en los espacios en blanco según las alternativas mostradas:

	-Médico:.....
a) Si	-Enfermera:.....
	-Psicóloga:.....
b) No	-Asistente social:.....
c) No recibió atención	

• Las siguientes preguntas se relacionan al grado de afectación que la Diabetes le ocasionó en su vida durante el último mes. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando con un aspa (x) el número que refleje mejor su grado de afectación según cada pregunta, tomando en cuenta que el número 1 indica que no le afecta en nada, al avanzar la numeración, aumenta progresivamente hasta llegar al máximo que es número 7, que indica que afecta totalmente su calidad de vida. Si tuviera alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

3.2.- Durante el último mes ¿en qué medida se vio afectada su calidad de vida por las siguientes causas?

1.- El horario de los medicamentos para su diabetes

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

2.-Preocupaciones por problemas económicos

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

3.-Limitación en su nivel de energía (fuerzas)

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

4.-Seguir con su tratamiento indicado para la diabetes

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

5.-No comer ciertos alimentos (dulces, grasas, gaseosas) para poder controlar su enfermedad.

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

6.-Estar preocupado (a) por su futuro

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

7.- Otros problemas de salud aparte de la diabetes (problemas del corazón, colesterol alto, otros)

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

8.-Tensiones o presiones de la vida

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

9.-Sensación de debilidad

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

10.-Restricciones sobre la distancia que puede caminar

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

11.-Los ejercicios diarios que debe hacer por su diabetes

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

12.-Visión borrosa o pérdida de visión

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

13.-No poder hacer lo que quiera

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

14.-Tener diabetes

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

15.-El aumento de su azúcar en sangre

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

16.- Otras enfermedades aparte de la diabetes

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

17.- Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar.

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

18.- El tiempo requerido para controlar su diabetes

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

19.-Las restricciones que su diabetes le impone a su familia y amigos

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

20.- La vergüenza producida por tener diabetes

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

21.- La interferencia de la diabetes en su vida sexual

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

22.-Sentirse triste o deprimido

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

23.- Problemas con respecto a su capacidad sexual

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

24.- Tener que estar controlando su diabetes

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

25.-Complicaciones debidas a su diabetes (ceguera, amputación de piernas, nefropatías, entre otros)

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

26.-Hacer cosas que su familia y amigos no hacen

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

27.- Tener que llevar el control de sus niveles de azúcar en sangre

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

28.- La necesidad de tener que comer a intervalo regulares

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

29.- No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

30.- Menor interés en su vida sexual

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

31.-Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

32.-Tener que descansar a menudo o seguido

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

33.-Problemas al subir las escaleras

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

34.-Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

35.-Tener el sueño intranquilo

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

36.- Andar más despacio que otras personas

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

37.-Ser identificado como diabético

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

38.- Interferencia de la diabetes con su vida familiar

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

39.-La diabetes en general

No me afecta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente me afecta

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO B

**U.N.M.S.M
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....paciente del Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo” he sido debidamente informado por la señorita Yulisa Molina García, interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, acerca del cuestionario - entrevista que aplicará con fines de realizar un estudio titulado: “Adherencia al Tratamiento y su Relación con la Calidad de Vida de los Pacientes Diabéticos”. Para ello he recibido información clara sobre el propósito y modo que se realizará el cuestionario.

Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca del estudio, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial, ante ello otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, firmando el presente para que así conste.

.....
Firma del participante

.....
Firma del investigador
Yulisa Molina García

ANEXO C

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a evaluar la consistencia interna con las siguientes pruebas estadísticas:

VARIABLE: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Para medir la confiabilidad de la variable adherencia al tratamiento se realizó la prueba de Kuder Richardson y Alfa de Crombach debido a las características de las preguntas.

Método de Kuder Richardson:

$$KR = \frac{k}{k-1} \left\{ \frac{1 - \sum p_i q_i}{S_x^2} \right\}$$

Donde:

K : Número de preguntas o ítems

S_x² : Varianza de la prueba x

p_i : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q_i : 1 - p_i proporción donde no se identifica el atributo.

$$KR = \frac{4}{3} \left\{ \frac{1 - \frac{0.8101}{1.47}}{1.47} \right\} = 0.5986$$

0 < KR < 1; esto quiere decir que se encuentra una buena confiabilidad.

Método de Alfa de Crombach:

$$\alpha = \frac{\frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)}{1}$$

Donde:

K : Número de preguntas o ítems

$\sum S_i^2$: Sumatoria de las varianzas de cada ítem

S_t^2 : Varianza de la prueba x

$$\alpha = \frac{16}{15} \left\{ 1 - \frac{12.06}{665.1} \right\} = 0.95 \%$$

Sí $0 < \alpha < 1$; si $\alpha > 0.6$ significa que existe una buena confiabilidad, entonces con un valor de 0.95% la confiabilidad está asegurada.

VARIABLE: CALIDAD DE VIDA

La variable calidad de vida es medida de acuerdo a cinco secciones que evalúan la calidad de vida según el instrumento Diabetes 39; para ello se aplicó el método de Alfa de Crombach para cada una de las secciones.

1.- Sección Energía y movilidad

$$\alpha = \frac{15}{14} \left\{ 1 - \frac{52.05}{215.8} \right\} = 0.81$$

Alfa de Crombach = 0.81 > 0.5

2.- Sección Control de la Diabetes:

$$\alpha = \frac{12}{11} \left\{ 1 - \frac{41.89}{171.6} \right\} = 0.82$$

Alfa de Crombach = 0.82 > 0.5

3.- Sección Ansiedad y Preocupación:

$$\alpha = \frac{4}{3} \left\{ 1 - \frac{12.89}{25} \right\} = 0.65$$

Alfa de Crombach = 0.65 > 0.5

4.- Sección Carga Social:

$$\alpha = \frac{5}{4} \left\{ 1 - \frac{12.87}{28.37} \right\} = 0.68$$

Alfa de Crombach = 0.68 > 0.5

Aspecto Funcionamiento Sexual:

$$\alpha = \frac{3}{2} \left\{ 1 - \frac{12.8}{29.42} \right\} = 0.85$$

Alfa de Crombach = 0.85 > 0.5

La confiabilidad del instrumento adaptado a nuestro país varía desde 0.65 hasta 0.85 de confiabilidad.

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA DEL INSTRUMENTO PRUEBA BINOMIAL - JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N ^o DE JUEZ								PROBABILIDADES
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
6	0	0	1	1	1	0	1	1	0.363(*)
7	0	0	0	1	1	1	0	1	0.637(*)

(*) En estas preguntas se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

$P < 5\%$ $0 < 0.05$

P= Error de significancia

La validez del instrumento fue dada por el juicio de expertos para asegurar la coherencia interna del instrumento, estuvo dada por profesionales especialistas en el tema; 3 médicos especialistas en Endocrinología, 3 enfermeras especialistas en el área de investigación y medicina general, y 2 profesionales de psicología. Se tuvo en cuenta los ítems 6 y 7 que necesitaron modificarse de acuerdo a las sugerencias dadas por los expertos.

ANEXO E

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Fórmula para población finita:

$$n = \frac{NP(1-P)}{(N-1) \frac{i^2}{z^2} + P(1-P)}$$

Donde:

N = Población

P = Proporción de personas que poseen las características =0.5

i = Error relativo = 7% < > 0.07

Z = Nivel de confianza 95 % < > 1.96

q = 1-p

Reemplazando:

$$n = \frac{400 (0.5) (0.5)}{399 \frac{(0.07)^2}{(1.96)^2} + 0.5 (0.5)} = \frac{100}{0.759} = 131.7$$

n = 132 pacientes diabéticos.

ANEXO F

MEDICIÓN DE LA VARIABLE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ESCALA DE ESTANONES

Para realizar la medición de la variable Adherencia al tratamiento se utilizó la Escala de Estanones.

Datos obtenidos:

Promedio (\bar{X}): 47.5

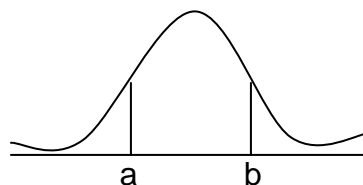
Desviación estándar (S): 4.83

Número de preguntas: 20

Fórmula:

$$a = \bar{x} - 0.75 (S)$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (S)$$



$$a = 47.5 - 0.75 (4.83) \quad b = 47.5 + 0.75 (4.83)$$

$$47.5 - 3.62$$

$$47.5 + 3.62$$

$$a = 43.88$$

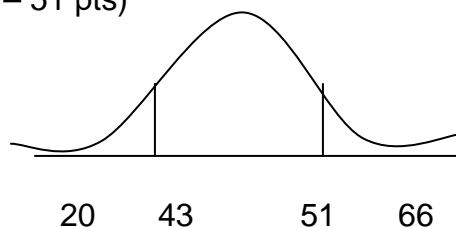
$$b = 51.12$$

Valores de la variable:

No existe adherencia: (20–43 pts)

Adherencia inadecuada o subóptima: (44 – 51 pts)

Adherencia óptima: (52–66 pts)



MEDICIÓN DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA ESCALA DE ESTANONES

Datos obtenidos:

Promedio (\bar{X}): 123.4

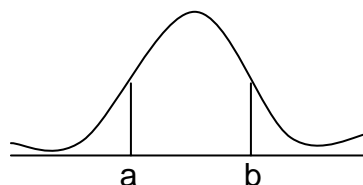
Desviación estándar (S): 44.4

Número de preguntas: 39

Fórmula:

$$a = \bar{x} - 0.75 (S)$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (S)$$



$$a = 123.4 - 0.75 (44.4)$$

$$123.4 - 33.3$$

$$a = 90.1$$

$$b = 123.4 + 0.75 (44.4)$$

$$123.4 + 33.3$$

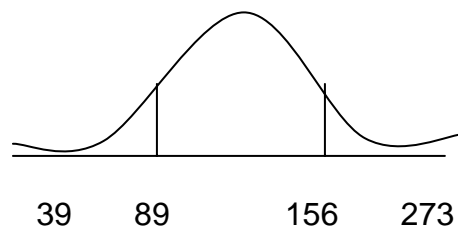
$$b = 156.7$$

Valores de la variable:

Calidad de Vida óptima: (39– 89 pts)

Regular Calidad de Vida: (90– 156 pts)

Deficiente Calidad de Vida: (157 – 273 pts)



ANEXO G

PRUEBA DEL CHI CUADRADO

1.- Definición de variables

X_1 : Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

X_2 : Calidad de vida que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Ambas variables son de tipo cualitativo ordinales y han sido clasificadas en diferentes categorías, estas son:

$$X_1 : \begin{cases} - \text{No existe adherencia} \\ - \text{Regular Adherencia} \\ - \text{Adherencia óptima} \end{cases} \quad X_2 : \begin{cases} - \text{Deficiente} \\ - \text{Regular} \\ - \text{Óptima} \end{cases}$$

2.- Nivel de significancia (α)

El nivel de significancia fue del 5%, que permitió realizar la comparación entre las hipótesis de estudio para tomar la decisión de aceptar o rechazar la hipótesis nula.

3.- Estadística de prueba Chi Cuadrado (χ^2)

Para la prueba de independencia se utilizó la estadística de prueba que está definida en función del valor observado (O_i), que es el valor obtenido en la muestra, y el valor esperado (E_i) que se obtiene de dividir el producto de los totales marginales (filas y columnas) entre el total

general (132), luego se aplica la formula de Chi Cuadrado $X^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$

Finalmente al obtener los resultados de la sumatoria se compara con la tabla estadística de X^2 para la verificar si se rechaza o acepta la hipótesis nula.

4.- Grado de Libertad (gl)

$$gl = (a-1)(b-1)$$

Donde:

a y b es el número de categorías por cada una de las variables

Entonces:

$$gl = (3-1)(3-1) = 4$$

$$gl = 4$$

5.- Estadística de contraste

Es el resultado que se obtiene de la tabla estadística de Chi Cuadrado, cuyos parámetros son:

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Grado de libertad = 4

Chi cuadrado obtenido: 12.18

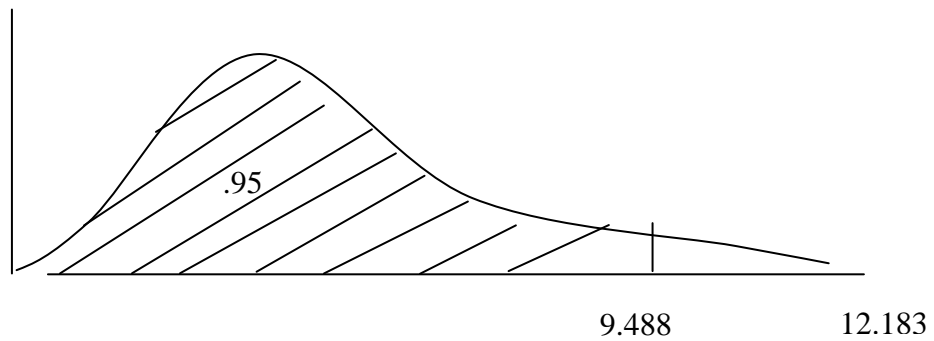
6.- Regla de decisión:

➤ PAQUETE ESTADÍSTICO SPSS VI.12

	Value	df	Asymp. Sig.
Pearson Chi-Square	12,183(a)	4	,016

Como el valor de $P = 0.016$ se rechaza la hipótesis nula

➤ **FORMA MANUAL SEGÚN PERCENTILES DE LA DISTRIBUCIÓN CHI CUADRADO**



La estadística de prueba es 12.183 mayor que 9.488, lo que quiere decir que se rechaza la hipótesis nula.

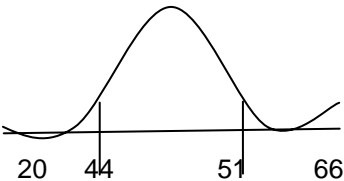
ANEXO H

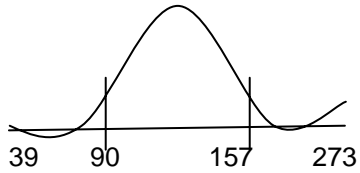
TABLA DE CÓDIGOS

NÚMERO DE ÍTEM	VARIABLE: Adherencia		PUNTUACIÓN			
	Dimensión	Indicador				
1.	Características del tratamiento	Tratamiento farmacológico	a= 2	b=3	c=1	d=4
2.	Características del tratamiento	Tratamiento farmacológico	a=4	b=3	c=2	d=1
3.	Características del tratamiento	Tratamiento farmacológico	a=3	b=2	c=1	d=4
4.	Características del tratamiento	Tratamiento farmacológico	a=1	b= 2	c=3	d=4
6.	Dependiente del paciente	Aspecto cultural	a=1	b= 2	c=3	
7.	Características del tratamiento	Educación	a=1	b=2	c=3	
8.	Características del tratamiento	Dieta	a=2	b=4	c=3	d=1
9.	Características del tratamiento	Dieta	a= 0	b= 1	c= 0	
10.	Características del tratamiento	Ejercicios	a= 1	b=0		
11.	Características del tratamiento	Ejercicios	a= 2	b=3	c= 4	d=1
12.	Dependiente del paciente	Ingreso económico	a=1	b=0		
13.	Sistema de salud	Costos	a= 1	b=0		
14.	Relación con el personal de salud	Relaciones interpersonales 14.a Médico 14.b Enfermera 14.c Psicóloga 14.d Asistente social	a=1 d=5	b=3 e= 2	c=4	Puntaje para cada personal de salud.
16.	Relación con el personal de salud	Relaciones interpersonales 16.a Médico 16.b Enfermera 16.c Psicóloga 16.d Asistente social	a= 3	b= 1	c=2	Puntaje para cada personal de salud.

ANEXO I

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Es el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas sean estas de naturaleza médica o psicológica – conductual. Los factores que afectan la adherencia son: Dependientes del tratamiento, del paciente, de la relación paciente-personal de salud y del sistema de	Se refiere al adecuado cumplimiento de las indicaciones terapéuticas que debe realizar el paciente diabético, y que se ve influenciadas por diversos aspectos, de índole personal, de la interacción con el personal de salud, y del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Características del tratamiento - Relación paciente personal de salud. - Dependiente del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento farmacológico - Tratamiento no farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> a.- Dieta b.- Ejercicios - Educación - Relación interpersonal con el equipo de salud. - Edad - Sexo 	<p>Las variables de estudio son medidas través de la Escala de Medición de Estanones. Los valores que toman las variables son los siguientes:</p> <p>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: PUNTAJE TOTAL 66 (20 ÍTEMS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - No existe adherencia: (20–43 pts) - Adherencia inadecuada o subóptima: (44 – 51 pts) - Adherencia óptima:(52–66 pts) 

Calidad de vida que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	salud. Es la percepción que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, e inquietudes. Está influenciada de modo complejo por la salud física,	Es la valoración subjetiva que el paciente diabético hace de su vida en relación con su estado de salud, influenciados por los aspectos físicos, psicológicos y sociales.	a) Bienestar físico	<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso económico - Ocupación. - Grado de instrucción - Energía y/o vitalidad - Movilidad - Funciones vitales (PA:100-130/70-85) - Glicemia de 70-110mg/dl - Tiempo de la enfermedad. - Funcionamiento sexual. - Efectos adversos del tratamiento. 	<p>CALIDAD DE VIDA: PUNTAJE TOTAL 273 (39 ÍTEMS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad de Vida óptima: (39–89 pts) - Regular Calidad de Vida: (90–156 pts) - Deficiente Calidad de Vida: (157 – 273 pts) 
--	--	---	---------------------	---	---

ANEXO J

EDAD SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN
AL PROGRAMA DE DIABETES-HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ

Edad	<u>Sexo</u>		Total	Porcentaje
	Mujeres	Varones		
40-50	14	3	17	12.8
51-60	49	10	59	44.6
61-70	22	13	35	26.5
71-80	18	3	21	15.9
Total	103	29	132	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO K

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
PROGRAMA DE DIABETES-HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ

Grado de instrucción	<u>Número de pacientes</u>	%
Primaria	87	65.9%
Secundaria	34	25.7%
Superior	6	4.5 %
Analfabeto	5	3.7%
Total	132	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO L

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2
PROGRAMA DE DIABETES-HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ

TIEMPO DE ENFERMEDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
1-5 años	53	40.15 %
6-10 años	54	40.90 %
11-15 años	17	12.8 %
Mayor de 16 años	8	6.06 %
TOTAL	132	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO M

VALOR DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ

SEXO	<u>VALORES DE LA PRESIÓN ARTERIAL</u>				TOTAL
	≤ 120/80	121-130/85	>130/85	%	
FEMENINO	57	27	19	78%	103
MASCULINO	12	11	6	22%	29
TOTAL	69	38	25		132

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO N

VALORES DE LA GLICEMIA CAPILAR SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ

SEXO	≤ 100 mg/dl	111-139 mg/dl	≥ 140 mg/dl	%	TOTAL
FEMENINO	18	45	40	78%	103
MASCULINO	3	19	7	22%	29
TOTAL	21	64	47	100%	132

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO O

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ

SEXO	Normal (20-25 kg/m ²)	Sobrepeso (25.1-30kg/m ²)	Obesidad (>30 kg/m ²)	%	TOTAL
FEMENINO	28	53	22	78%	103
MASCULINO	7	13	9	22%	29
TOTAL	35	66	31	100%	132

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO P

**COBERTURA DE GASTOS DEL TRATAMIENTO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO DE LOS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**

Ingreso Económico	Cubre los gastos de su tratamiento		Total	%
	SI	NO		
Menor de s/ 550.0	18	52	70	53.03 %
Mayor de s/ 550.0	36	26	62	46.9 %
Total	54	78	132	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO Q

**NÚMERO DE PACIENTES DIABETICOS QUE REALIZAN EJERCICIOS EN ESTE ÚLTIMO MES
PROGRAMA DE DIABETES - HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**

REALIZAN EJERCICIOS	NÚMERO	PORCENTAJE
No realizan ejercicios	70	53.03%
Si realizan ejercicios	62	46.9%
TOTAL	132	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO R

**TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE RECIBEN LOS PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 -PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**

TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	NÚMERO	PORCENTAJE
Hipoglicemiantes orales	78	59.09%
Insulina	37	28.03%
Insulina + hipoglicemiantes orales	6	4.54%
No recibe tratamiento farmacológico	11	8.33%
TOTAL	132	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM

ANEXO S

**FRECUENCIA CON QUE LOS PACIENTES DIABÉTICOS HAN DEJADO DE ADMINISTRARSE
SU MEDICACIÓN EN EL PERÍODO DE UNA SEMANA -PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**

FRECUENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
En ninguna ocasión	58	43.93%
Más de la mitad de veces	19	14.39%
Alguna vez	44	33.33%
No recibe medicación	11	8.33%
TOTAL	132	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM

ANEXO T

**ESFUERZO QUE LE CUESTA SEGUIR A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
PARA CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO - PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**

INTENSIDAD DE ESFUERZO QUE LE CUESTA CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
Mucho esfuerzo	82	62.12%
Regular esfuerzo	43	32.57%
Nada de esfuerzo	7	5.30%
TOTAL	132	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM

ANEXO U

**TIPO DE ALIMENTOS QUE CONSUME CON MAYOR FRECUENCIA EN UNA SEMANA
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 -PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**

TIPO DE ALIMENTOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Frituras y harinas	21	15.9%
Carnes, verduras y harinas	84	63.63%
Todo tipo de comida integral	27	20.45%
Harinas y dulces	0	0
TOTAL	132	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM

ANEXO V

RELACIÓN INTERPERSONAL POR CADA PROFESIONAL DE LA SALUD QUE BRINDA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”

ENERO-FEBRERO 2008

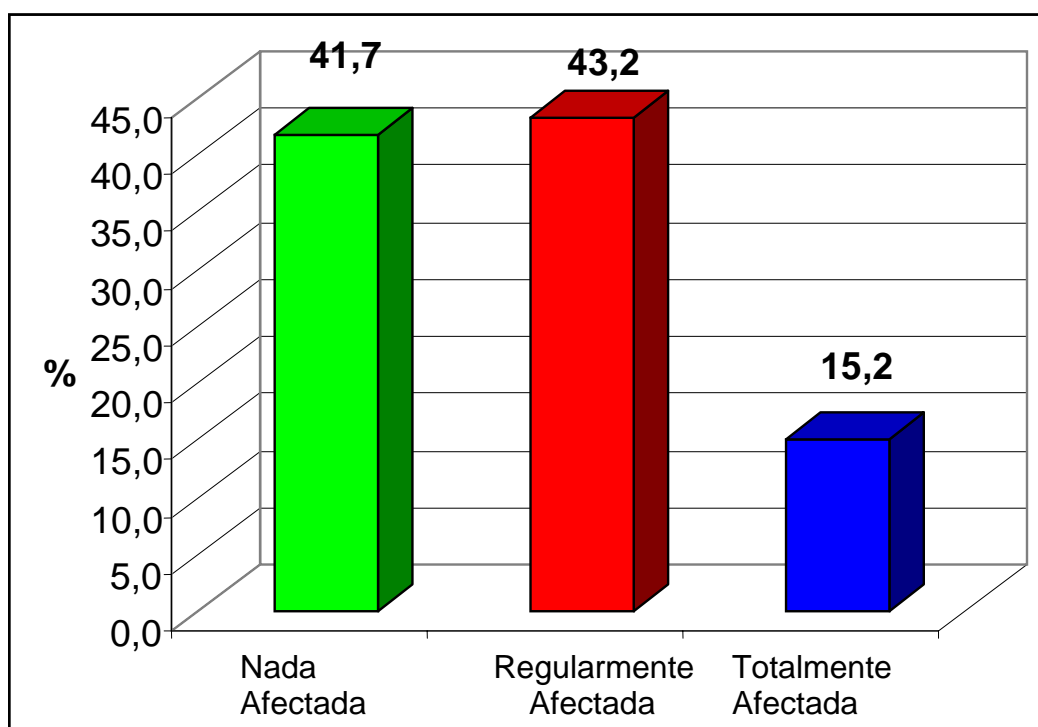
LIMA-PERÚ

Relación interpersonal Personal de salud.	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	NO LO ATENDIO	NÚMERO	%
MÉDICO	69	59	0	4	0	132	100%
ENFERMERA	31	69	32	0	0	132	100%
PSICOLOGA	17	18	3	0	94	132	100%
ASISTENTA SOCIAL	17	15	10	0	90	132	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM

ANEXO W

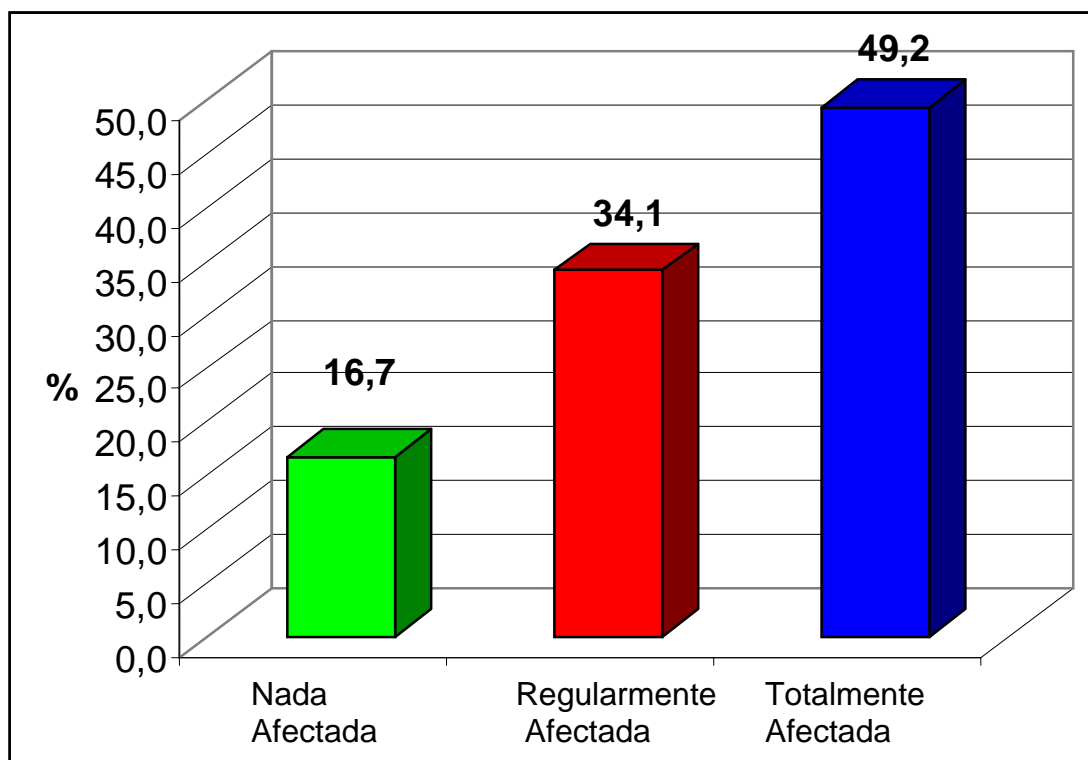
**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN DIMENSIÓN
ENERGÍA – MOVILIDAD - PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO X

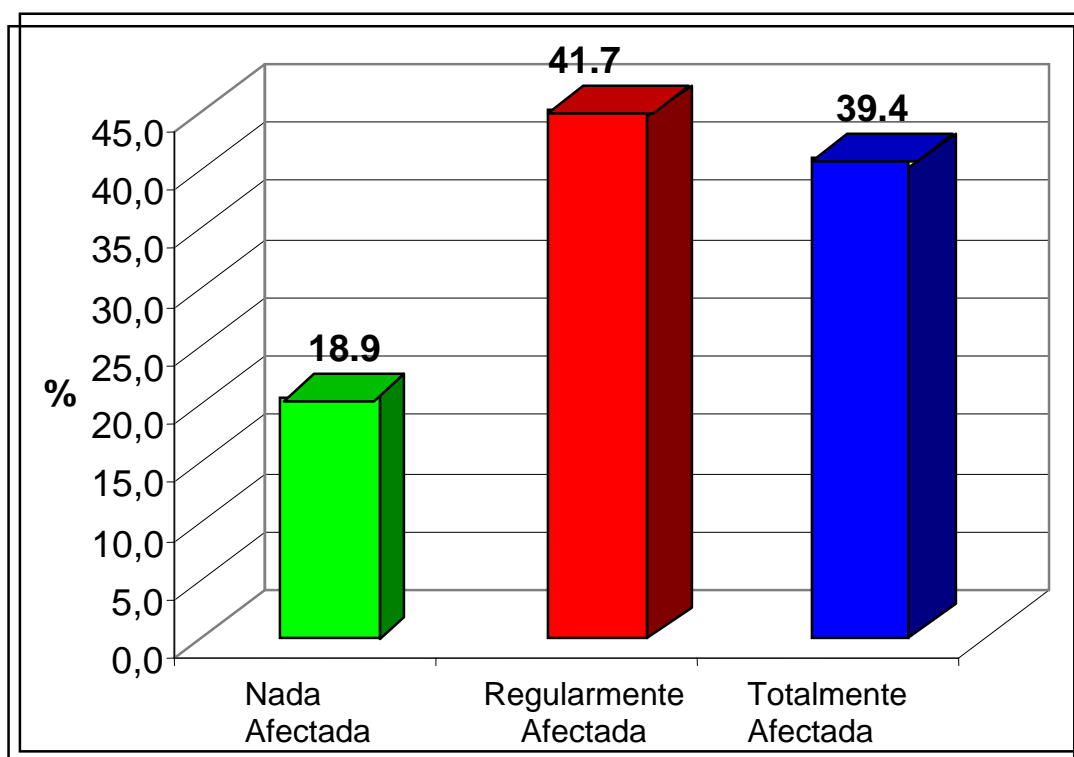
**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN DIMENSIÓN
CONTROL DE DIABETES - PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO Y

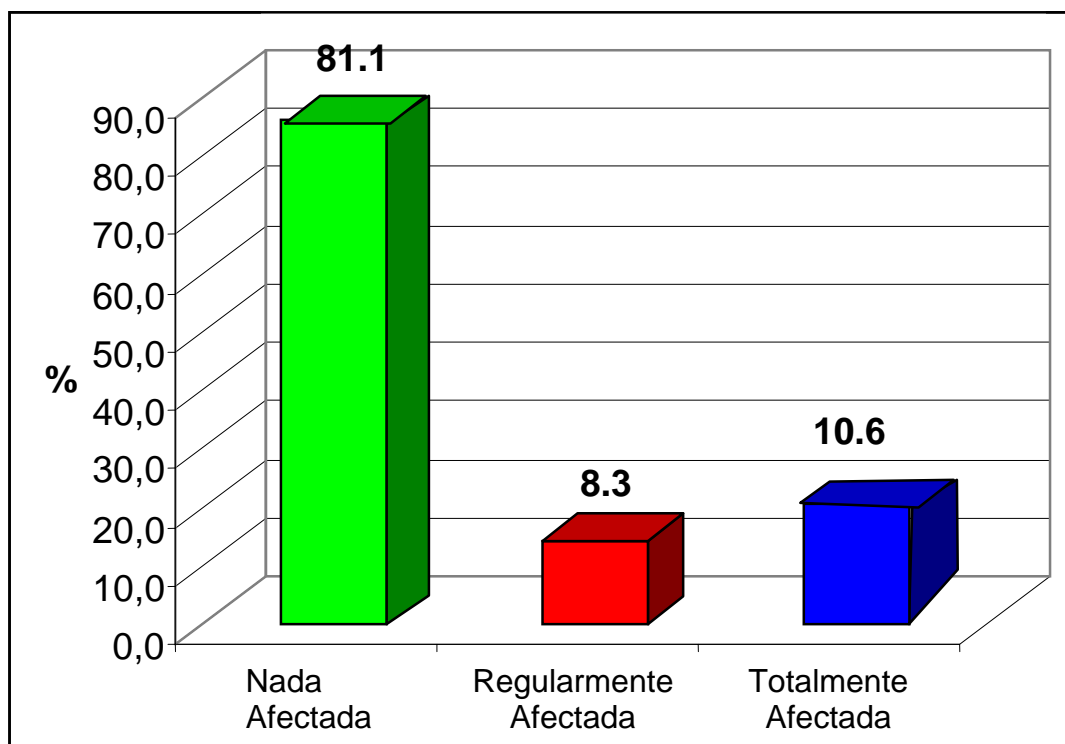
**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN DIMENSIÓN
ANSIEDAD Y PREOCUPACIÓN - PROGRAMA DE DIABETES-
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO Z

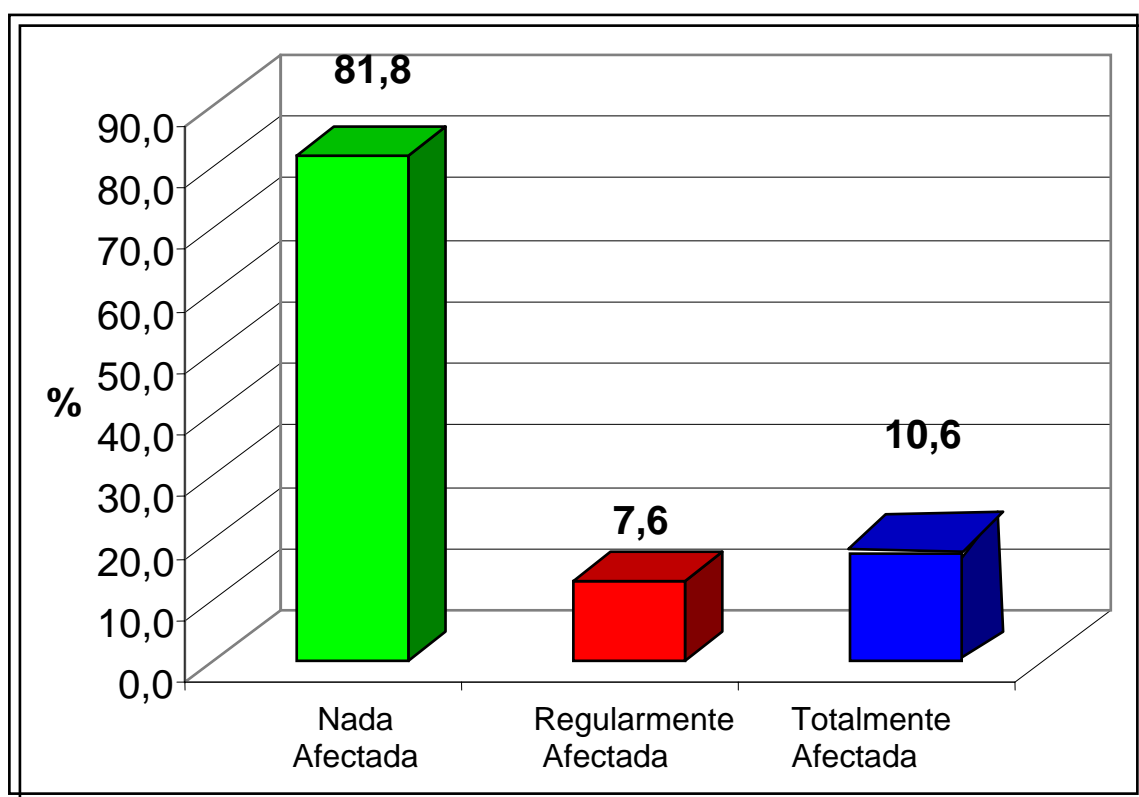
**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN DIMENSIÓN
CARGA SOCIAL - PROGRAMA DE DIABETES
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008

ANEXO Z-2

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN DIMENSIÓN
FUNCIONAMIENTO SEXUAL- PROGRAMA DE DIABETES- HOSPITAL
NACIONAL “DOS DE MAYO”
ENERO-FEBRERO 2008
LIMA-PERÚ**



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HNDM 2008